

Grethe Jonskås Moseid
Linda Helena Tidslevold

Språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag

En studie av hvordan et utvalg kommuner etterfølger anbefalinger fra lovverk og retningslinjer, ved bruk av kombinerte metoder

Masteroppgave i Logopedi (MLOGO)
Veileder: Monica Irene Norvik
Juni 2023

Grethe Jonskås Moseid
Linda Helena Tidslevold

Språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag

En studie av hvordan et utvalg kommuner etterfølger anbefalinger fra lowerk og retningslinjer, ved bruk av kombinerte metoder

Masteroppgave i Logopedi (MLOGO)
Veileder: Monica Irene Norvik
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Det humanistiske fakultet
Institutt for språk og litteratur

Sammendrag

Formål: Formålet med oppgaven var å få en innsikt i hva offentlige dokumenter anbefaler av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag, og hvordan rehabiliteringen er organisert i kommunene i dag.

Problemstilling: «*Hvordan organiseres den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag i norske kommuner?*»

For å besvare problemstillingen har vi benyttet fem forskningsspørsmål:

- Hva anbefales i offentlige dokumenter vedrørende språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?
- Får personer med afasi etter hjerneslag tilbud om en helhetlig og tverrfaglig rehabilitering i norske kommuner, som inkluderer språklig rehabilitering?
- Overholder norske kommuner anbefalt mengde og intensitet i den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag?
- Hvorfor er språklig rehabilitering viktig med tanke på brukermedvirkning, ytringsfrihet, og god livskvalitet?
- Hvordan er tilgangen til logoped i norske kommuner?

Metode: Vi har benyttet kombinerte metoder; I kvalitativ del har vi gjennomført en dokumentanalyse. I den kvantitative delen har vi gjennomført en spørreundersøkelse som ble sendt til et tilfeldig utvalg norske kommuner.

Resultater: Funnene viste at de som jobber med tildeling av logopedressurser, synes det er uklart hvem som har ansvaret for at pasienter med afasi får språklig rehabilitering. Det er lite tverrfaglig samarbeid mellom opplærings- og helsesektoren når det gjelder språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag. Undersøkelsen viste at mange personer med afasi etter hjerneslag ikke får den anbefalte mengden og intensiteten i den språklige rehabiliteringen. Videre kom det frem at logopedressursen er minst i de små og mellomstore kommunene. Alle de store kommunene hadde ansatt egen logoped. Likevel oppgav over halvparten av respondentene at personer med afasi ikke får anbefalt mengde og intensitet av språklig rehabilitering på grunn av mangel på logopedtilgang. Personer med afasi står i fare for å ikke få mulighet til brukermedvirkning, når språklig rehabilitering ikke dekkes.

Konklusjon: Organiseringen av det kommunale tilbudet om språklig rehabilitering til personer med afasi som følge av hjerneslag er forskjellig fra kommune til kommune. Det er tilfeldigheter som hvilke lovverk som ligger til grunn for rehabiliteringen, hvor man bor, og ressurser i norske kommuner som er med på å avgjøre hvor mye og hvor intensiv språklig rehabilitering personer med afasi mottar. Funn fra oppgaven tyder på at personer med afasi etter hjerneslag ikke får den språklige rehabiliteringen som er anbefalt, noe som med stor sannsynlighet vil kunne bedres om logoped ble en skal-tjeneste i kommunen. Det vil også kunne bidra til å sikre et jevnere fordelt tilbud uansett hvor man bor.

Abstract

Purpose: The purpose of the thesis was to gain an insight into what public documents recommend for language rehabilitation for people with aphasia following stroke, and how rehabilitation is organized in the municipalities in Norway today.

Problem statement: *"How is the language rehabilitation for people with aphasia following stroke organized in Norwegian municipalities?"*

To answer the question, we have used five research questions:

- What do public documents recommend as language rehabilitation for people with aphasia following stroke?
- Do the Norwegian municipalities offer people with aphasia following stroke holistic and interdisciplinary rehabilitation, which includes language rehabilitation?
- Does the municipality comply with the recommended quantity and intensity of language rehabilitation for people with aphasia following stroke?
- Why is language rehabilitation important in term of user participation, freedom of expression and a good quality of life?
- How is the access to speech therapists in Norwegian municipalities?

Method: The thesis was based on using mixed methods: In the qualitative part, we have carried out a document analysis. In the quantitative part, we have carried out a survey which was sent to a random selection of Norwegian municipalities.

Results: The findings showed that those who work with the allocation of speech therapy resources think it is unclear who is responsible for ensuring that people with aphasia receive language rehabilitation. There is little interdisciplinary cooperation between the education and health sectors in language rehabilitation of people with aphasia following stroke. The survey showed that many people with aphasia do not receive the recommended amount and intensity of language rehabilitation, and it was also found that speech therapist resources are least in the small and medium-sized municipalities. All the large municipalities had employed their own speech therapists. Nevertheless, more than half of the respondents stated that people with aphasia do not receive the recommended amount and intensity of language rehabilitation, due to a lack of access to speech therapists.

Conclusion: The organization of the municipal offer of language rehabilitation for people with aphasia following stroke, differ from municipality to municipality. Coincidences such as; which legislation is the basis for the rehabilitation, where you live, and the municipalities' resources, in part determine what kind of language rehabilitation people with aphasia receive. Findings from the thesis indicate that people with aphasia following stroke do not receive the language rehabilitation that is recommended. This could very likely be improved if speech therapists became a compulsory service in the municipalities. It would also help to ensure a more evenly distributed offer, regardless of where you live.

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på vår logopedutdanning ved NTNU i Trondheim. Det har vært fire krevende, lærerike og spennende år. Vi har med denne masteroppgaven satt søkelyset på den logopediske oppfølgingen til personer med afasi ute i kommunene, med et stort håp om at det en dag vil føre til endringer, slik at alle får tilbud om språklig rehabilitering og oppfølging uansett hvor i landet man bor og hvilke ressurser man har. Det er gledelig å se at LHL Hjerneslag og Afasi og Norsk Logopedlag vil løfte frem problemet med mangelfull logopeddekning på Arendalsuka 2023. Takk til alle informanter som svarte på spørreundersøkelsen vår.

Takk til vår fantastiske veileder, Monica Norvik. Vi er ydmyke og takknemlige for at vi fikk deg som veileder, vi kunne ikke hatt noen bedre. Tusen takk for gode råd, veiledning, forståelse, motivasjon og alle oppløftende ord du har gitt oss hele veien.

Takk til Per Frostad, som i utgangspunktet ikke hadde noe veilederansvar for oss, men som likevel har hjulpet oss mye i den kvantitative delen i oppgaven vår, med veiledning både fysisk, på nett og på mail. Du får statistikk til å høres lekende lett ut (selv om vi mener det ikke alltid er det)!

Grethe Jonskås Moseid og Linda Helena Tidslevold, 30.05.2023

For 24 år siden ble min interesse for logopedifeltet vekket, da pappa ble rammet av hjerneslag med afasi som følge. Ordene var ikke lenger forståelig for oss rundt. Med lang og intensiv oppfølging av logoped, ble ordene sakte men sikkert igjen forståelig. Jeg er ydmyk og takknemlig for at jeg med denne masteroppgaven nå kan kalle meg logoped.

Nå ser jeg frem til å fortsette eventyret sammen med alle mine herlige kollegaer i PP-tjenesten for Modum, Sigdal og Krødsherad; Nina, Anne-Lise, Sissel-Jorun, Torill, Alina, Cecilie, Gro, Bibi, og Even. Takk for at dere har hørt på «mastermaset» mitt, og holdt motet mitt oppe bare ved å være de flotte menneskene dere er.

En enda større takk retter jeg til mamma, Danuta. Du har støttet meg og hatt troen på meg hele veien. Jeg er uendelig takknemlig for alt du har gjort for meg, både med tanke på masteren og i livet generelt – utrolig glad i deg!

Jeg kan heller ikke glemme gubben min, Vegard. Hva skulle jeg gjort uten deg og Wilma? Jeg er så utrolig heldig som har dere å komme hjem til. Du er min støtte og mentale rådgiver i alt jeg gjør, også i prosessen med masteroppgaven. Tusen, tusen takk for at du (tilsynelatende) aldri blir lei av å høre på gnålet mitt, og alltid står støtt ved min side. Jeg elsker deg!

Og helt til slutt; takk til Wilma for å være den beste støtten på fire ben en masterstudent noen gang kan ønske seg.

Til pappa – alltid i mitt minne.

Linda Helena Tidslevold,
Geithus, 30.05.2023

Da vi ble Løveforeldre for 17 år siden, kom en barnepleier inn på rommet og sa «ting er som det er, men så heldig de er, at de kom akkurat til dere». De var heldige, og vi var heldige. Å ha barn med spesielle behov, og med store språk- og talevansker, er krevende. Man sloss for sine rettigheter, og stiller seg i skuddlinjen. Men innimellom alt strev og slit så møter man noen fantastiske mennesker som forstår; logoped Marit Kolloen MNLL, som med jevne mellomrom i 15 år har minnet oss på at «sky is the limit», fysioterapeut Elin Reiersdal som aldri gir opp, omsorgsfulle og hjertegode Elin Øygarden. Hans Fredrik og Tone Anni Dale, snille, gode dere. Dere har alle vist hvor viktig det er å ha noen få, men gode mennesker rundt seg. TAKK! Det er dere som har gitt meg den viktigste lærdommen jeg vil ta med meg inn i logopedyrket. Takk til NTNU for den gode kunnskapen om logopedifaget.

Takk mamma og pappa som bestandig er der, og alt dere har lært meg.
Takk til svigermor og svigerfar for hjelp og støtte.

Torjus, takk for at du er du.

Tuva, du er ei fantastisk jente, med stort hjerte for den helt spesielle tvillingbroren og lillesøsteren din. Takk for omsorgen din.

Eлина, vår gode nydelige humørspreder, livet hadde blitt kjedelig uten deg.

Terje, tenk at du i alt vårt strev har støttet meg gjennom alle disse årene med studier til å nå mastergrad. Med hjemmeskole og Covid på toppen, så har vi utrolig nok, og mot alle odds kommet i mål. TAKK for din tålmodighet. Evig din.

– Til alle Løvefamilier –

Grethe Jonskås Moseid
Drangedal, 30.05.2023

Innhold

Figurer	xv
Tabeller	xv
Forkortelser/symboler	xvii
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Formål og problemstilling	1
1.3 Oppgavens oppbygging	2
2 Teori.....	3
2.1 Hjerneslag.....	3
2.2 Afasi	3
2.3 Språklig rehabilitering	4
2.4 Hvordan organiserer kommunen tjenestene sine?.....	5
2.5 Brukermedvirkning	5
2.6 Menneskerettigheter	6
2.7 Tidligere forskning	7
2.7.1 Tidligere undersøkelser	8
2.8 Engasjement rundt logopeddekningen i Norge i dag.....	8
2.8.1 Politisk engasjement.....	9
3 Metode.....	11
3.1 Kombinerte metoder	11
3.2 Kvalitativ metode	11
3.2.1 Dokumentanalyse.....	12
3.2.2 Forforståelse og situert kunnskap.....	12
3.2.3 Strategisk utvalg av dokumenter	12
3.2.4 Dokumenter i dokumentanalysen	13
3.2.4.1 Folketrygdloven.....	13
3.2.4.2 Opplæringsloven.....	14
3.2.4.3 Nasjonal faglig retningslinje: Hjerneslag	14
3.2.4.4 Helse- og omsorgstjenesteloven	14
3.2.4.5 Forskrift om habilitering og rehabilitering	14
3.2.4.6 St.meld. nr. 47, Samhandlingsreformen.....	15
3.2.4.7 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering	15
3.2.4.8 Pakkeforløp: Hjerneslag	15
3.2.4.9 Evaluering av opptappingsplan for habilitering og rehabilitering	16
3.2.5 Datakvalitet og kildekritikk.....	16
3.2.6 Kvalitetsvurdering	17
3.2.6.1 Validitet	17

3.2.6.2	Reliabilitet	17
3.2.7	Analyse	17
3.2.7.1	Trinn 1: Helhetsinntrykk	18
3.2.7.2	Trinn 2: Meningsbærende enheter	19
3.2.7.3	Trinn 3: Kondensering	20
3.2.7.4	Trinn 4: Syntese	22
3.3	Kvantitativ metode	24
3.3.1	Spørreundersøkelse	24
3.3.2	Utvalg av kommuner	24
3.3.3	Operasjonalisering	25
3.3.4	Gjennomføring av spørreundersøkelsen	26
3.3.5	Kvalitetsvurdering	27
3.3.5.1	Validitet	27
3.3.5.2	Reliabilitet	27
3.3.5.3	Overførbarhet	28
3.3.6	Statistisk analyse	28
3.3.6.1	Frekvensanalyse	29
3.3.6.2	Krysstabulering	29
3.3.6.3	Statistisk signifikans og effektstørrelse	29
3.3.7	Forskningsetikk	30
3.4	Gjennomføring og samarbeid	31
3.5	Metodekritikk	31
3.6	Oppsummering	32
4	Resultater	33
4.1	Resultater fra dokumentanalysen	33
4.1.1	Ansvar for koordinering av rehabilitering i kommunen	33
4.1.2	Helhetlig pasientforløp med fokus på språklig rehabilitering	33
4.1.3	Hva må til for å gi god språklig rehabilitering?	34
4.1.4	Brukermedvirkning og selvbestemmelse i språklig rehabilitering	35
4.1.5	Resursstilgang på logopedtjenester i norske kommuner	35
4.2	Resultater fra spørreundersøkelsen	36
4.2.1	Frekvensfordeling	36
4.2.2	Sammenligning på tvers av instanser og kommunestørrelser	45
4.2.2.1	PPT og tjenestekontor	45
4.2.2.2	Kommunestørrelse	53
5	Drøfting	60
5.1	Organisering av språklig rehabilitering i norske kommuner	60
5.1.1	Todelt organisering og ansvarsfordeling	60

5.1.2	Vurdering og vedtak	61
5.1.3	Ansvar for tildeling	62
5.1.4	Behov for tydeligere ansvarfordeling	63
5.2	Tverrfaglig og helhetlig rehabilitering i norske kommuner	65
5.2.1	Tverrfaglig samarbeid	65
5.2.2	Rehabiliteringsteam	66
5.2.3	Logoped som skal-tjeneste	67
5.3	Mengde, intensitet og tidlig innsats	67
5.3.1	Mengde og intensitet	68
5.3.2	Tidlig innsats	68
5.3.2.1	Tilbud innen en uke etter hjemkomst fra sykehus	68
5.3.2.2	Tilbud innen en måned etter hjemkomst fra sykehus	69
5.3.2.3	Mulige årsaker til manglende tilbud	69
5.4	Rett til brukermedvirkning	69
5.5	Ressurstilgang på logopedtjenester i norske kommuner	71
5.5.3	Mangel på logopedkompetanse i små og mellomstore kommuner	72
6	Oppsummering og konklusjoner	74
6.1	Organisering i kommunene	74
6.2	Helhetlig rehabilitering og tverrfaglighet	74
6.3	Mengde og intensitet	74
6.4	Brukermedvirkning	75
6.5	Ressurstilgang	75
	Referanser	77
	Vedlegg	82

Figurer

Figur 3.1 Systematisk tekstkondensering, fire trinn	18
Figur 3.2 Nøkkelord og åtte foreløpige temaer	19
Figur 3.3 Antall kommuner i utvalget etter innbyggertall	25
Figur 4.1 Hvor er du ansatt?.....	36
Figur 4.2 Utdanning	37
Figur 4.3 Kommunestørrelse	37
Figur 4.4 Ansvar for tildeling av språklig rehabilitering	38
Figur 4.5 Utarbeidelse av sakkyndig vurdering.....	39
Figur 4.6 Hvorfor blir det ikke utarbeidet sakkyndig vurdering?	39
Figur 4.7 Ansvar for gjennomføring av språklig rehabilitering	40
Figur 4.8 Hvem burde hatt ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering	41
Figur 4.9 Behov for logoped i kommunen.....	42
Figur 4.10 Tverrfaglighet i kommunen.....	42
Figur 4.11 Samarbeid mellom sektorene i kommunen	43
Figur 4.12 Hvor bør ansvaret for språklig rehabilitering ligge?	43
Figur 4.13 Er det tydelig hvem som har ansvaret i kommunen?	44

Tabeller

Tabell 3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
Tabell 3.2 Kodegrupper og underkoder.....	21
Tabell 3.3 Kondensat fra kodegruppe 1, underkode 1.....	22
Tabell 3.4 Avsluttende overskrifter på de analytiske tekstene	23
Tabell 3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	24
Tabell 4.1 Andre årsaker til at det ikke skrives sakkyndig vurdering	40
Tabell 4.2 Andre som har ansvar for gjennomføring av språklig rehabilitering	41
Tabell 4.3 Fastsatte retningslinjer for språklig rehabilitering	45
Tabell 4.4 Retningslinjer som ligger til grunn for vurdering av logopedbehandling	47
Tabell 4.5 Hvem burde hatt ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering?	48
Tabell 4.6 Vedtak om språklig rehabilitering	49
Tabell 4.7 Bakgrunn for vedtak	50
Tabell 4.8 Hvor bør ansvaret for den språklige rehabiliteringen ligge?	51
Tabell 4.9 Er det tydelig hvem som har ansvaret for den språklige rehabiliteringen	52
Tabell 4.10 Ansatt logoped i kommunen	53
Tabell 4.11 Avtale med privatpraktiserende logoped	54
Tabell 4.12 Behov for ansettelse av logoped i kommunen	55
Tabell 4.13 Rehabiliteringsteam i kommunen	56
Tabell 4.14 Tilbud om logoped etter hjemkomst fra sykehus	57
Tabell 4.15 Antall tildelte timer logopedbehandling	58
Tabell 4.16 Årsak til under 5 timer logopedbehandling i uka	59

Forkortelser/symboler

CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities
Helfo	Helseøkonomiforvaltningen
KPMG	Klynveld Peat Marwick Goerdeler
NAV	Arbeids- og velferdsforvaltningen
NOU	Norges offentlige utredninger
NVivo	Non-numerical Unstructured Data Indexing, Searching and Theorizing
PPT	Pedagogisk-psykologisk tjeneste
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STC	Systematic text condensation
St.mld	Stortingsmelding

1 Innledning

Det er en grunnleggende menneskerett å kunne ytre seg. Ifølge artikkel 19 i FNs menneskerettigheter har enhver rett til menings- og ytringsfrihet (Forente Nasjoner, 1948). Personer med afasi etter hjerneslag har mistet eller fått begrensninger i evnen til å uttrykke sine meninger. Logopedens oppgave er å hjelpe disse personene til å gjenvinne sine språkfunksjoner ut ifra sine forutsetninger, eller å kunne uttrykke seg ved bruk av alternative kommunikasjonsstrategier. I dette kapittelet vil vi gjøre rede for problemstillingen og formål, samt presentere oppgavens oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema var blant annet flere oppslag i media som omtalte kutt av logopedstillinger. Dårligere kommuneøkonomi fører til kutt i ikke-pålagte tjenester deriblant logopedtjenester (Olaisen & Skjelvik, 2022). Logopeder er en mangelvare i store deler av landet (Norsk Logopedlag, 2023). Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har påpekt at det er behov for å kartlegge tjenestebehovet for logoped, samt at det er en utfordring at logopeder i dag forholder seg til både opplæringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (Norsk Logopedlag, 2023). Som pårørende til familie med afasi har vi fått kjenne på kampen for logopedoppfølging, og vi vet at det er mye som kreves av pårørende og av personen med afasi. Logopedtilbudet kommer sjeldent av seg selv. Pårørende og personen som er rammet av afasi må sette seg inn i et regelverk som kan virke uoversiktlig og vanskelig å forstå. Vi opplevde usikkerhet om hvem, helse- eller opplæringssektoren, som hadde ansvaret. Vår opplevelse var at hjelpeapparatet var enige i at personer med afasi trenger logoped, men det oppstod uenighet da ansvaret og kostnadene skulle foreldes. Dette kan i verste fall resultere i at personer med afasi, uten «sterke» pårørende, blir stående uten videre oppfølging. På bakgrunn av dette og fare for videre nedtrapping av logopedfeltet ønsket vi å utforske tema.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven var å få en innsikt i hva offentlige dokumenter anbefaler av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag, og hvordan rehabiliteringen er organisert i kommunene i dag. Vi ønsket å undersøke organiseringen i opplærings- og helsesektoren, og om tilbudet om språklig rehabilitering er uavhengig av kommunestørrelse. Formålet var også å se på om oppfølgingen er tilstrekkelig i form av mengde, intensitet, tidlig innsats og ressurstilgang på logoped. Videre ville vi undersøke om kommunen jobber tverrfaglig og helhetlig i oppfølgingen av den språklige rehabiliteringen. I tillegg var målet å se på hvor viktig språklig rehabilitering er for å opprettholde brukermedvirkning, ytringsfrihet og god livskvalitet.

Det er kommunenes ansvar å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1), som vi mener at språklig rehabilitering er en naturlig del av. Med oppgaven håper vi å bringe frem i lyset viktigheten av en tydelig organisering av disse tjenestene. Vår problemstilling er som følger:

«Hvordan organiseres den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag i norske kommuner?»

For å avgrense problemstillingen kom vi frem til fem forskningsspørsmål:

- Hva anbefales i offentlige dokumenter vedrørende språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?
- Får personer med afasi etter hjerneslag tilbud om en helhetlig og tverrfaglig rehabilitering i norske kommuner, som inkluderer språklig rehabilitering?
- Overholder norske kommuner anbefalt mengde og intensitet i den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag?
- Hvorfor er språklig rehabilitering viktig med tanke på brukermedvirkning, ytringsfrihet, og god livskvalitet?
- Hvordan er tilgangen til logopedier i norske kommuner?

1.3 Oppgavens oppbygging

Vi har innledningsvis i kapittel 1 beskrevet bakgrunnen for oppgaven, og presentert formål og problemstilling.

I kapittel 2, presenteres teori som danner grunnlaget for oppgaven. Her gjøres det rede for hjerneslag, afasi, språklig rehabilitering, hvordan organiserer norske kommuner tjenestene sine, brukermedvirkning, menneskerettigheter, tidligere forskning, og tidligere undersøkelser om organiseringen av tjenestetilbudet til personer med afasi i Norge. Avslutningsvis gjøres det rede for engasjement rundt logopeddekningen i Norge i dag.

I kapittel 3, beskrives den metodiske tilnærmingen i oppgaven, og begrunnelsen for valg av kombinerte metoder. Kapittelet deles inn i et kvalitativt og kvantitativt avsnitt. I det kvalitative avsnittet gjøres det rede for dokumentanalyse, forforståelse, situert kunnskap, utvalg av dokumenter, samt en kort beskrivelse av disse. Videre beskrives datakvalitet og kildekritikk, kvalitetsvurdering, og gjennomgang av analyse. I det kvantitative avsnittet gjøres det rede for spørreundersøkelse, utvalg av kommuner, og operasjonalisering. Videre presenteres gjennomføringen av spørreundersøkelsen, kvalitetsvurdering, statistisk analyse, forskningsetikk, og metodekritikk. På grunn av kapittelets omfang avsluttes det med en kort oppsummering.

I Kapittel 4, presenteres resultatene fra dokumentanalysen, deretter resultatene fra spørreundersøkelsen.

I kapittel 5, drøfter vi funn fra analysene opp mot teoretisk rammeverk og tidligere forskning. Drøftingen deles opp i fem avsnitt som omhandler organisering, tverrfaglig og helhetlig rehabilitering, mengde og intensitet, brukermedvirkning, og ressurstilgang.

I kapittel 6, oppsummeres drøftingen i en oppsummering og konklusjoner.

2 Teori

I dette kapittelet gjør vi rede for teori som danner grunnlaget for oppgaven vår. Vi vil her forklare hjerneslag, afasi, språklig rehabilitering, organisering av tjenester i norske kommuner, brukermedvirkning, menneskerettigheter, tidligere forskning og undersøkelser, og engasjement rundt logopeddekningen i Norge.

2.1 Hjerneslag

Av hjernesykdommer, er cerebrovaskulær sykdom den hyppigst forekommende, og akutt hjerneslag er den vanligste formen (Lund et al., 2019). I 2021 var det 9158 personer i Norge som ble rammet av hjerneslag. Av disse var det 85 % som hadde hjerneinfarkt, 14 % med hjerneblødning, og 1 % uspesifisert type hjerneslag (Fjærtøft et al., 2022).

Forekomsten av hjerneslag var i 2007 vurdert til å stige med 50 % de kommende 20-30 årene, som følge av høyere levealder (Fjærtøft & Indredavik, 2007).

Et hjerneslag forekommer når det oppstår skade i hjernen som følge av unormaliteter i blodforsyningen (Fuller & Manford, 2010). Ved hjerneinfarkt blir blodtilførselen til hjernen skadet i form av en blodpropp. Hjerneblødning forårsakes av en sprekk i blodkaret (Mathisen et al., 2021). Symptomene på hjerneslag kommer gjerne plutselig og uventet. Det er viktig å få medisinsk hjelp så raskt som mulig for å begrense skadene og omfanget (Mathisen et al., 2021). Hvilken type behandling og rehabilitering man får, og resultatet dette gir, har også noe å si for konsekvensene av et slag. Vanlige fysiske konsekvenser av hjerneslag er språkproblemer (afasi), lammelser, dårlig førlighet, svimmelhet, problemer med svelg, balanse, syn og kontroll av urin og tarm (Russell, 2015). Et hjerneslag kan gå ut over både den fysiske og psykiske helsen, og kan ofte føre til at livssituasjonen til personen og pårørende rundt endrer seg. I tillegg til de nevnte fysiske konsekvensene, kan personen også få psykiske utfordringer som følge av hjerneslaget. Dette kan være humørsvingninger, angst og depresjon, personlighetsforandring, utmattelse, tapt arbeidsliv, problemer med konsentrasjon, hukommelse og kommunikasjon (Russell, 2015).

2.2 Afasi

Afasi beskrives på ulike måter i litteraturen, avhengig av synsvinkelen det betraktes fra (Moseid & Tidslevold, 2022; Qvenild et al., 2017). Under vil vi kort presentere noen synsvinkler på afasi for å belyse de forskjellige måtene å forstå afasibegrepet på, som igjen kan føre til ulike måter å behandle afasi på.

Fra et nevrologisk perspektiv kan man si at afasi er en ervervet språkvanske som oppstår etter fokale hjerneskadener, og det er verken en kognitiv, motorisk eller sensorisk vanske (Moseid & Tidslevold, 2022; Papathanasiou et al., 2017). At språksvekkelsen er ervervet betyr at skaden og svekkelsen som har skjedd i hjernen er forårsaket av hendelser etter fødselen (Krogstad, 2015). En fokal hjerneskada er, i motsetning til diffuse hjerneskadener, en skade som avgrenser seg til ett område i hjernen (Krogstad, 2015). Dette betyr at symptomene kan være avgrenset til én eller få funksjoner, som for eksempel språket.

Språkvansken kan berøre alle de språklige komponentene; fonologi, morfologi, syntaks, semantikk og pragmatikk og innen alle språklige modaliteter, altså det å forstå og å produsere talt og skrevet språk (Papathanasiou et al., 2017).

Hvordan afasien arter seg, avhenger blant annet av hvor i hjernen skaden har oppstått og omfanget av skaden (Corneliussen et al., 2014). I tillegg til varierende grad av språkvansker, har personer med afasi ofte også andre tilleggsvansker. Dette kan for eksempel være lammelser og/eller nedsatt muskelfunksjon, apraksi, dysartri, synsvansker, andre kognitive vansker, og psykososiale vansker (Moseid & Tidslevold, 2022; Qvenild et al., 2017).

Afasien kan med andre ord ramme svært ulikt, både vanskegrad og symptomer varierer i stor grad. Det alle personer med afasi har til felles, er behovet for best mulig tilpasset hjelp og rehabilitering (Moseid & Tidslevold, 2022; Qvenild et al., 2017). Dette vil vi gå nærmere inn på i det neste avsnittet.

2.3 Språklig rehabilitering

I Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag står det at rehabilitering for slagpasienter betyr «*en personsentrert, målrettet prosess som begynner første dag etter slaget*» (Helsedirektoratet, 2017, s. 205). Dette belyser viktigheten av å komme raskt i gang med rehabiliteringen. Studier har også vist at det er viktig med en viss intensitet og varighet i den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag (Bhogal et al., 2003; Brady et al., 2016). Helsedirektoratets anbefalinger bygger blant annet på studien til Bhogal et al. (2003), og beskriver i sine anbefalinger at logopedisk behandling bør ha en varighet på fem timer eller mer per uke. Timene kan fortrinnsvis organiseres i grupper på fire til fem personer, eller individuelt, og kan utføres av logoped eller i samarbeid med andre under veiledning av logoped.

I Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) defineres rehabilitering som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). For å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet, sosial- og samfunnsmessig deltakelse, er det viktig med et godt tverrfaglig samarbeid (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Ny kunnskap om hjernens plastisitet har åpnet for nye perspektiver for slagrehabilitering (Helsedirektoratet, 2017). Nasjonal faglig retningslinje for hjerneslag (2017) beskriver god motivasjon, tilstrekkelig mengde, intensitet og varighet av treningen som nødvendige faktorer for en ideell slagrehabilitering. Det beskrives videre at det er viktig å ta hensyn til den slagrammedes livssituasjon, og livet personen skal leve videre, slik at rehabiliteringen kan tilpasses på en best mulig måte (Helsedirektoratet, 2017). Språktreningen bør være intensiv og inneholde repetisjon av ord og fraser, som er relatert til å benevne bilder og gjenstander. Språklig rehabilitering med fokus på reparasjon og relæring er rettet spesifikt inn mot å bedre de prosessene som bidrar til å svekke ordmobilisering og produksjon (Qvenild et al., 2017). Språktrening på aktivitets- og deltakelsesnivå er også anbefalt (Helsedirektoratet, 2017).

Alle tilnærminger til afasirehabilitering har som et overordnet mål å gjøre det lettere for den rammede å delta i samfunnet og kommunisere på en best mulig måte med andre. Det kan derfor være lønnsomt å kombinere forskjellige definisjoner på afasi, tradisjoner og modeller til rehabilitering for å nå målene den afasirammede ønsker (Qvenild et al., 2017). Symptomer og vanskegrad varierer i stor grad, og det er følgelig også stor

variasjon i omfang av rehabilitering personer med afasi trenger. For å få til et individuelt tilpasset, helhetlig og målrettet tilbud over tid, krever det et godt tverrfaglig samarbeid (Qvenild et al., 2017). Det finnes ikke én metode for språklig rehabilitering som passer for alle som er rammet av afasi. Rehabiliteringen må derfor tilpasses individuelt (Qvenild et al., 2017).

Helsedirektoratet (2017) anbefaler at personer med afasi etter hjerneslag skal få fem timer eller mer hos logoped i uken, over lang nok tid. Vi kan derfor si at for at språkrehabilitering for personer med afasi skal sies å være av god kvalitet, og dermed også føre til bedring, bør språkrehabiliteringen starte tidlig, vare over tid, og samtidig ha en viss intensitet (Qvenild et al., 2017).

2.4 Hvordan organiserer kommunen tjenestene sine?

For å finne ut hvordan språklig rehabilitering organiseres vil vi kort redegjøre for lovverk og retningslinjer som omhandler dette.

Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017) kapittel 4.1, tar for seg organisering av slagrehabilitering etter utskrivning fra sykehus. Retningslinjen beskriver opplæringstilbudet alle kommuner skal ha til personer med afasi etter hjerneslag. Det bør være tilgang til logopedtjeneste umiddelbart etter utskrivning fra sykehus for å sikre kontinuitet i opplæringen, og tilbudet bør organiseres deretter (Helsedirektoratet, 2017). Kommunene kan velge å ha et opplæringstilbud selv, eller sammen med andre kommuner der dette er hensiktsmessig.

Dette er en anbefaling som er faglig normert og et hjelpemiddel kommunene kan bruke til å ta forsvarlige valg som fremmer god praksis, kvalitet og likhet innenfor folkehelsen og for helsetjenesten. En slik anbefaling er ikke rettslig bindende. Det er opp til kommunene selv hvordan de vil organisere tjenestene. Etter opplæringsloven kapittel 4A kan voksne ha rett til å få kartlagt hvilke tilbud man har behov for. Helsedirektoratet (2017) gir råd om hvordan anbefalingen kan følges praktisk på bakgrunn av opplæringsloven. For å nå de målene som er realistiske for den voksne, må opplæringen ha et tilstrekkelig omfang, innhold, og varighet (Helsedirektoratet, 2017). Dersom personer har behov for spesialundervisning, blir dette gitt på bakgrunn av sakkyndig vurdering. Det er pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) som er ansvarlig for utarbeiding av sakkyndig vurdering, og kommunen fatter vedtak om spesialundervisning på grunnlag av den (Helsedirektoratet, 2017).

Et alternativ eller supplement til tilbudet som er hjemlet i opplæringsloven, er folketrygdlovens bestemmelser om behandling av språk og talevansker. Det er da nødvendig med en henvisning fra lege. NAV må ha en bekreftelse fra kommunen på at de ikke kan gi et tilbud om logoped, for å kunne innvilge søknaden. Videre står det i anbefalingen at tjenester fra de privatpraktiserende logopedene ofte kan etableres raskt. Dette kan være med på å dekke et akutt behov for intensiv behandling (Helsedirektoratet, 2017).

2.5 Brukermedvirkning

Et område som er truet når en person får afasi etter hjerneslag, vil være muligheten til brukermedvirkning. Personer som mottar helse- og omsorgstjenester har rett til å

medvirke gjennom lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det vil si at pasient og brukere skal bli hørt, tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og det skal legges stor vekt på hva pasient eller bruker mener om utformingen av tjenestetilbudet. For at personer med afasi etter hjerneslag skal få mulighet til å medvirke i sin rehabilitering, er det logopedens oppgave å gi personer med afasi mulighet til å kunne ytre seg. Dette kan logopeden gjøre ved bruk av reorganiserende tiltak inn mot språklige prosesser eller kompensatoriske tiltak (Qvenild et al., 2017).

2.6 Menneskerettigheter

Som nevnt i innledningen er logopedisk arbeid til personer med afasi viktige for at de skal kunne opprettholde sine menneskerettigheter. FNs Verdenserklæring er et grunddokument i det internasjonale arbeidet for menneskerettigheter. Verdenserklæringen består av 30 artikler, og gjelder for alle medlemsland i FN (Forente Nasjoner, 1948). Med tanke på problemstillingen vår, anser vi artikkel 19 og 21 som særlig relevante:

«Artikkel 19: Enhver har rett til menings- og ytringsfrihet. Denne omfatter frihet til å hevde meninger uten innblanding og til å søke, motta og meddele opplysninger og ideer gjennom ethvert meddelelsesmiddel og uten hensyn til landegrenser.» (Forente Nasjoner, 1948, artikkel 19).

Denne artikkelen er særlig viktig for vår problemstilling fordi målet med språklig rehabilitering er nettopp å hjelpe personer med afasi til å kunne ytre sine meninger, og dermed få dekket sin menneskerett.

«Artikkel 22: Enhver har som medlem av samfunnet rett til sosial trygghet og har krav på at de økonomiske, sosiale og kulturelle goder som er uunnværlige for hans verdighet og den frie utviklingen av hans personlighet, blir skaffet til veie gjennom nasjonale tiltak og internasjonalt samarbeid i samsvar med hver enkelt stats organisasjon og ressurser.» (Forente Nasjoner, 1948, artikkel 22).

Denne artikkelen anser vi som relevant til oppgaven fordi språklig rehabilitering vil ha som mål å hjelpe personer med afasi etter hjerneslag til sosial deltagelse. Det kan igjen hindre isolasjon og ensomhet, noe som kan være et resultat når det er vanskelig å kommunisere med andre.

I forlengelsen av menneskerettighetene, og for å motvirke diskriminering av personer med nedsatt funksjonsevne, vedtok i 2006 FNs generalforsamling, FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) (Forente Nasjoner, 2006). I Norge trådte den i kraft i 2013. Formålet med konvensjonen var å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne skulle ha mulighet til å realisere menneskerettigheter, grunnleggende friheter og fremme respekt for deres iboende verdighet (Forente Nasjoner, 2006). Konvensjonens artikkel 21, omhandler ytrings- og meningsfrihet og tilgang på informasjon. Personer med funksjonsnedsettelse skal sikres retten til å kunne søke, motta og meddele opplysninger og tanker av alle slag på lik linje med alle andre (Forente Nasjoner, 2006, artikkel 21). Logopedens rolle er å hjelpe personer med afasi til å gjenvinne eller bedre sin

språkfunksjon, eller ta i bruk kompenserende tiltak, for å sikre mulighet til ytrings- og meningsfrihet. Konvensjonens artikkel 19, omhandler retten til å ha et selvstendig liv og til å være en del av samfunnet. Det skal legges til rette for at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne bruke rettigheten og blir fullt inkludert og delta i samfunnet (Forente Nasjoner, 2006, artikkel 19). Det å delta sosialt og være en del av samfunnet kan være vanskelig etter å ha gjennomgått et hjerneslag med påfølgende afasi, som gjør det vanskelig å kommunisere.

2.7 Tidligere forskning

Det er gjort en rekke forskning på effekten av språklig rehabilitering for personer med afasi. Flere studier anbefaler høy intensitet og mengde, for å oppnå best effekt av språklig rehabilitering ved afasi. Blant annet var målet med en studie (Bhogal et al., 2003) å undersøke om det var en sammenheng mellom intensiteten av språkterapi til personer med afasi etter hjerneslag, og resultater av terapien. Metoden som ble brukt i studien var en MEDLINE-litteraturgjennomgang for å finne kliniske studier som undersøkte språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag. Åtte studier publisert mellom 1975-2002 ble inkludert. Målet med studien var å forsøke å kvantifisere behandlingsintensitet, og se på om intensitet faktisk korrelerer med behandlingsresultatet. Resultatene i studien viste at av de åtte studiene som var med, var det fire som hadde signifikant positiv effekt på språktrening fem timer i uka eller mer. Av de studiene med positivt resultat var den gjennomsnittlige mengde terapi 8,8 timer per uke i 11,2 uker (totalt 98,4 timer terapi). De fire negative studiene hadde i gjennomsnitt to timer terapi per uke i 22,9 uker (totalt 43,6 timer terapi) (Bhogal et al., 2003). Studiene indikerer en sammenheng mellom intensitet, mengde og effekt, og at språklig trening over fem timer bør tilstrebes. Intens terapi over kort tid, kan forbedre resultatene av tale og språkterapi for personer med afasi etter hjerneslag (Bhogal et al., 2003).

I 2015 ble det foretatt en studie, der forfatterne samlet tilgjengelig forskning i aktuelle forskningsdatabaser som omhandlet effekten av språktrening for personer med afasi etter hjerneslag på en systematisk måte (Brady et al., 2016). Noen av studiene inkluderte deltagere to til fire dager etter slaget, mens andre rekrutterte deltagere helt opp til fire år etter slaget. Det var lite informasjon om omfanget og alvorlighetsgrad av afasi blant de som deltok i studiene. Det var stor variasjon når det gjaldt hyppighet og varighet av språktiltakene. Målingene ble gjort rett etter at tiltaket var avsluttet, og det er uklart hvor lenge effekten varer. Det er mulig at tiltak med større hyppighet og varighet kan være mer nyttig. På den andre siden var frafallet i gruppene som fikk slik språktreningstiltak større. Det gjør det vanskelig å kunne si noe sikkert. Flere robuste studier vil kunne gi svar (Brady et al., 2016). Resultatene viste at språktrening hos personer med afasi etter hjerneslag trolig bedrer evnen til å kommunisere i dagliglivet, trolig øker leseforståelsen og evnen til å skrive, trolig gir stor bedring i evnen til å snakke, og trolig har liten eller ingen innvirkning på auditiv forståelse og evnen til å benevne (Brady et al., 2016).

I 2022 ble det foretatt en studie der det ble undersøkt sammenheng mellom intensitet (timer/uker), varighet (uker), dosering (totalt antall timer), og frekvens (dager/uker) i gjennomføring av språktrening (Brady et al., 2022). Studien samlet data fra 959 individuelle deltagerdata og 25 studier var inkludert. Studien konkluderte med at best

resultat for overordnet språk og forståelse var assosiert med et totalt antall med språktrening på over 20-50 timer totalt. Størst forbedring ved generelle språk-, funksjonelle kommunikasjons- og forståelsesvansker var assosiert med to til fire, og ni timer eller mer med språktrening i uka. Best klinisk resultat var assosiert med hyppig språktrening for overordnet språk og funksjonell kommunikasjon (tre-fem dager/uke) og forståelse (fire-fem dager/uke). Det var ingen bevis for bedring av forståelsesvansker hos de som hadde språktrening under 20 timer, under tre timer/uke og under tre dager/uke (Brady et al., 2022). Studien viser at personer med afasi etter hjerneslag opplever redusert sosialt nettverk, og færre kommer hjem eller i jobb. Afasi har store helsemessige, psykososiale og økonomiske konsekvenser (Brady et al., 2022).

2.7.1 Tidligere undersøkelser

Oppgaven vår omhandler organiseringen av den språklige rehabiliteringen til personer med afasi, og det er derfor viktig for oss å se på tidligere undersøkelser som er foretatt angående samme tema.

I 2008 ble det gjennomført en kvantitativ undersøkelse av de afasirammedes tilgang til logopedisk rehabilitering i hjemkommunen (Oraviita, 2008). 230 kommuner besvarte spørreundersøkelsen. Resultatet viste at mindre enn halvparten av de 230 responderende kommunene hadde ansatt afasilogopeder. I små og mellomstore kommuner var bruken av privatpraktiserende logopeder med oppgjørsavtale med NAV mest brukt, mens det i de store og mellomstore kommunene var ansatt afasilogopeder (Oraviita, 2008). De fleste av kommunene organiserte tilbudet via opplæringssektoren.

Afasiforbundet i Norge er også opptatt av logopeddekningen i Norges kommuner og gjennomførte i 2019 to spørreundersøkelser for å kartlegge dette. Den ene spørreundersøkelsen ble besvart av 65 kommuner, og den andre ble besvart av 280 logopeder. Resultatet fra disse undersøkelsene viste et stort sprik mellom besvarelsene til logopedene og kommunene, og tyder på en ulik virkelighetsoppfatning. Kun en av fire (28,71 %) logopeder mente at kommunen hadde et forsvarlig tilbud, mens fire av fem (84,31 %) av kommunene mente at de i mer eller mindre grad dekker behovene til personer med afasi. Undersøkelsen viste også at to av tre (62,71 %) kommuner ikke hadde logoped til voksne, og tre av fire (75 %) mangler kompetanse for å gi opplæring i kommunikasjonsstrategier for de som jobbet med personer som hadde afasi. Ifølge undersøkelsen, risikerte man å få utilstrekkelig oppfølging, selv om kommunen hadde logoped. Mange opplevde å få mellom en og to timer med språkrehabilitering i uken. Over halvparten (51,44 %) av logopedene kjente til en eller flere personer som skulle hatt hjelp og oppfølging av logoped, men som ikke fikk det (Afasiforbundet i Norge, 2019).

2.8 Engasjement rundt logopeddekningen i Norge i dag

De foregående nevnte studiene og undersøkelsene belyser blant annet en manglende logopeddekning i landet. Forskingen gir evidens for at språktrening av en viss intensitet og mengde har en betydelig effekt. I tillegg diskuteres også ansvarsfordelingen og logopedressurser både politisk og i media.

I artikkelen «Afasi – når systemet svikter minst like mye som språket» (Becker, 2014) belyses problematikken rundt organiseringen av rehabiliteringen til afasipasienter. Becker

(2014) mener det er få pasienter i denne gruppen som får et tilbud som er i tråd med nasjonale retningslinjer; rehabiliteringen starter gjerne for sent og intensiteten på behandlingen er for lav (Moseid & Tidslevold, 2022; Becker, 2014). Både utdannings- og helsesektoren har ansvar for logopedtilbud, men på forskjellig lovgrunnlag. En konsekvens av dette kan bli at logopedhjelpen ikke settes i gang raskt nok etter hjerneslaget, eller med tilstrekkelig intensitet. Becker (2014) mener årsaken til dette er en uavklart ansvarsfordeling mellom helse- og utdanningssektoren, og konkluderer med at alt ansvar for språk- og kommunikasjonsvansker hos voksne bør overføres til helsevesenet.

2.8.1 Politisk engasjement

For at alle skal få den språkhjelpen de trenger, ble det i 2020 fremmet et representantforslag om lovfestet krav om logoped i kommunene av representanter fra Sosialistisk Venstreparti (SV) (Innst. 236 L, (2020-2021)). Forslaget gikk ut på å endre helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2, slik at kommuner lovpålagt må ha logoped knyttet til seg på lik linje med lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog. Bakgrunnen for dette forslaget var blant annet Afasiforbundets undersøkelse fra 2019 som viste den store mangelen på kommunale logopeder. Det blir også belyst at de kommunene som ikke har logoped, legger ansvaret på private logopeder eller Helfo. Ett av problemene med å bruke private logopeder er at disse selv kan vurdere hvilke, og hvor mange, pasienter de har kapasitet til å følge opp. Dette resulterer i en uforutsigbarhet for pasientene, samtidig som de ikke er sikret å få oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. I flere mindre kommuner er det også mangel på private logopeder. Forslagsstillerne fra SV mente at man ikke kan ha god oversikt over logopediske tjenester til befolkningen så lenge tjenesten ikke er lovpålagt, og at logopeder derfor må anses som en nødvendig kjernekompetanse i kommunen (Innst. 236 L, (2020-2021)). Statsråden konkluderte da med at det ikke skulle lovfestes en plikt for kommunene til å ha logoped knyttet til seg, men at tilbudet om logopedtjenester i mange tilfeller vil være nødvendig for at kommunen skal oppfylle sin plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester (Innst. 236 L, (2020-2021)).

Samtidig som mangelen på logopeder i landet virkelig kom frem, ville Universitetet i Tromsø (UiT) legge ned masterutdanningen i logopedi for å redusere kostnader (Norsk Logopedlag, 2021). Opptaket til studieprogrammet ble fryst skoleåret 2022/2023, før den endelige avgjørelsen om gjenåpning av studiet fra høsten 2023 kom.

Flere kommuner har i løpet av 2022 vært i mediebildet angående kutt av logopedstillinger, deriblant Fauske kommune som blir omtalt av NRK. For å kunne ta ned kostnader, kutter kommunen i alle ikke-lovpålagte tjenester, deriblant logoped (Olaisen & Skjelvik, 2022).

Storingsrepresentant for Venstre, Abid Raja, har sett denne utviklingen i flere kommunebudsjett og er bekymret (Olaisen & Skjelvik, 2022). På bakgrunn av denne bekymringen for nedleggelse av logopedstillinger i kommunene, sendte Raja inn et skriftlig spørsmål til kunnskapsministeren i slutten av 2022: «*Hvordan skal regjeringen sikre at kommunene ivaretar sitt ansvar for kvalifiserte logopediske tjenester, når flere og flere kommuner legger ned sitt tilbud?*» (Dokument nr. 15:557 (2022-2023)). Til grunn for sitt spørsmål legger Raja blant annet vekt på evalueringen av Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (KPMG, 2020), hvor logoped nevnes

som en av de yrkesgruppene det er størst mangel på. Han nevner også at fire av fem logopediutdanninger i Norge er truet med nedleggelse eller nedskalering.

Kunnskapsministeren svarer i samråd med helse- og omsorgsministeren og forsknings- og høyere utdanningsministeren. I svaret legger de frem at bruk av logoped kan inngå i spesialpedagogisk hjelp etter barnehageloven og spesialundervisning etter opplæringsloven. Pedagogisk-psykologisk tjeneste gjør en sakkyndig utredning og vurdering, som kommunen så fatter et vedtak på bakgrunn av. Kommunen må da sikre at de har nødvendig tilgang på logopedisk kompetanse om det er behov for det. Videre i svaret legges det frem at logopediske tjenester også kan inngå som helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven, og dermed vil logopediske tjenester også kunne inngå i plikten kommunen har til å tilby nødvendig helse- og omsorgstjenester etter § 3-1 (Dokument nr. 15:557 (2022-2023)).

Hvordan regjeringen skal sikre at kommunene ivaretar dette ansvaret som kunnskapsministeren legger frem, er ikke besvart.

3 Metode

I dette kapitlet forklarer vi hvilke forskningsmetoder og fremgangsmåter som er brukt for å samle inn data og besvare problemstillingen;

«Hvordan organiseres den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag i norske kommuner?»

Vi vil gjøre rede for både kvalitativ og kvantitativ metode, utvalg, kvalitetsvurderinger og analyser. Før vi går i dybden på hver enkelt av disse to metodene, vil vi i det påfølgende avsnittet forklare hvorfor og hvordan vi har valgt å benytte oss av begge disse metodene samlet i kombinerte metoder.

3.1 Kombinerte metoder

Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode i samme forskningsprosjekt kalles *mixed methods* (Malterud, 2021), heretter omtalt som kombinerte metoder. Ved bruk av kombinerte metoder må man underveis i studien jobbe med å ha to motstridende tanker i hodet samtidig (Grønmo, 2016). Vi har jobbet med både den kvalitative og den kvantitative delen parallelt under hele oppgaven, og hatt fokus på problemstillingen som skulle gjenspeiles i både kvalitativ og kvantitativ del. Resultatet fra den ene metoden er ikke ment å bekrefte resultatet fra den andre metoden. Målet med bruk av to metoder var hovedsakelig å få mer kunnskap enn vi kunne fått ved bruk av én metode (Malterud, 2021).

For å kunne besvare forskningsspørsmålene, måtte vi gå i dybden på spørsmålene hver for seg. På spørsmålet om hva de offentlige dokumentene anbefaler av språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag, og spørsmålet om brukermedvirkning, valgte vi å foreta en kvalitativ dokumentanalyse, som beskrives i avsnitt 3.2. Målet var å kunne trekke ut data som hadde relevans for oppgaven fra flere dokumenter, og deretter analysere det samlet. For å besvare de resterende forskningsspørsmålene utarbeidet vi et kvantitativt spørreskjema for å innhente svar fra kommunene. Dette beskrives nærmere i avsnitt 3.3. Ved å sammenstille resultatene fra de ulike metodene, kunne vi undersøke hvorvidt resultatene var sammenfallende, motstridende, eller utdyper hverandre (Grønmo, 2016).

3.2 Kvalitativ metode

Bakgrunnen for at vi ønsket å ta i bruk kvalitativ metode var det Kleven & Hjordemaal (2018) mener gir en nærhet til datainnsamlingen. Innenfor samfunnsforskning har kvalitative metoder vist seg å være en av de mest betydningsfulle for utviklingen på feltet (Kleven & Hjordemaal, 2018). Kvalitative metoder baseres på nærhet til informantene og datainnsamlingen. Dermed er det også lettere å få tak i kunnskap som er av dypere karakter enn overflatekunnskap som mange kvantitative metoder gir (Kleven & Hjordemaal, 2018).

3.2.1 Dokumentanalyse

Kvalitativ dokumentanalyse vil si studier av dokumenter eller tekster (Thagaard, 2018). Dokumentene vi analyserte, er naturlig nok ikke opprettet for akkurat vår problemstilling. Likevel kan de være med på å legge et grunnlag for anbefalinger og føringer for hva en god språklig rehabilitering for personer med afasi er, og hvordan kommunene skal håndtere dette i praksis. En fordel ved bruken av dokumentanalyse er at tekstene ikke vil endres under analyseringen. Kildene blir altså ikke påvirket av datainnsamlingen og analysen (Grønmo, 2016).

3.2.2 Forforståelse og situert kunnskap

Filosofen Gadamer beskrev forforståelse som grunnlaget man har som leser til å forstå en tekst, og det vil alltid avhenge av hvem man er (Kleven & Hjordemaal, 2018). Forforståelsen er dannet ut fra personlige, sosiale, kulturelle og historiske bakgrunn (Kleven & Hjordemaal, 2018). Erfaringene og kunnskapen vil påvirke hvordan vi samler inn og tolker det vi leser (Malterud, 2021). I kvalitativ metode er tolkning en sentral del av prosessen. Vi kan ikke fornekte vår forforståelse, men i tråd med anbefalinger fra Malterud (2021) har vi jobbet aktivt, og vært bevisst på hvilke roller vi har, og hva det kan bety for tolkningene vi har gjort og resultatet vi har kommet frem til. Situert kunnskap beskrives som kunnskap som bestemmes av forskerens perspektiv, og som utvikles ut fra en bestemt sammenheng (Malterud, 2021).

Mye av materialet er tolkninger som er basert på vår forforståelse gjennom våre bakgrunner fra helse- og opplæringssektoren. Vi håper dette er med på å gi oppgaven et bredere perspektiv. Ved å være bevisste vår situerte kunnskap, kan det gi leseren en forutsetning for å forstå våre tolkninger og konklusjoner (Malterud, 2021).

3.2.3 Strategisk utvalg av dokumenter

Det viktigste med utvalg av data, er at vi får informasjon gjennom materialet til å besvare problemstillingen (Anker, 2021). For å kunne besvare problemstillingen «*Hvordan organiseres den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag i norske kommuner?*», var det vesentlig å vite noe om hvordan organiseringen er ment å foregå, og eventuelle føringer for organiseringen. Ved et strategisk utvalg ville vi få dokumenter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske henseende til problemstillingen og forskningsspørsmålene (Thagaard, 2018). Dette var førende for utvelgelsen av dokumentene.

Vi ønsket å bruke offentlige dokumenter der man ikke behøver å søke innsyn (Asdal & Reinertsen, 2020). Følgelig ble dokumentene hentet fra Lovdata, Helsedirektoratet, Regjeringen og Stortinget.

Vi startet med å lese gjennom et stort antall offentlige dokumenter som omhandlet føringer og anbefalinger for rehabilitering etter hjerneslag. Matriser ble laget til dokumentene for å kunne foreta en avgrensning (vedlegg 1). Matrisene inneholdt blant annet formålet med dokumentet, målgruppe, nøkkelord, mål og resultater. Dette førte til en god oversikt over dokumentet og en overveid og oversiktlig utvelgelsesprosess. Avgrensningen ble foretatt ut fra hvilke dokumenter som var mest relevante for problemstillingen, basert på et sett inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 3.1). Deretter annotere vi de utvalgte dokumentene (vedlegg 2). Annoteringene inneholdt et

sammendrag av dokumentet, vurdering av kilden, samt en refleksjon om relevans til oppgaven. På denne måten fikk vi en grundigere innsikt i dokumentene, og sikret utvalgets relevans til problemstillingen.

Tabell 3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Offentlige dokumenter	Dokumenter som ikke er offentlige
Dokumenter som omhandlet språklig rehabilitering til personer med afasi	Dokumenter som ikke omhandler noen av inklusjonskriteriene
Dokumenter som omhandlet opplæring til personer med afasi	Dokumenter som ligger utenfor våre søkebasen; lovdata, regjeringen, stortinget og helsedirektoratet
Dokumenter som omhandlet hjerneslag	Lover og retningslinjer som ikke er gjeldende per dags dato
Dokumenter som omhandlet personer med afasi sine rettigheter til rehabilitering	Eldre versjoner av dokumenter som har en nyere versjon
Gjeldende lover og retningslinjer per 2022/2023	Dokumenter som ikke gjelder på et kommunalt nivå
Nyeste versjon av alle dokumenter	
Dokumenter som gjelder på et kommunalt nivå	

Etter avgrensningen satt vi igjen med ni dokumenter til analysen; Folketrygdloven (1997), Opplæringsloven (1998), Nasjonal faglig retningslinje: Hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017), Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011), Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, (2008-2009)), Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019), Pakkeforløp: Hjerneslag (Helsedirektoratet, 2022), og Evaluering av opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (KPMG, 2020). Dokumentene blir kort presentert i påfølgende avsnitt.

3.2.4 Dokumenter i dokumentanalysen

De offentlige dokumenter vi har valgt ut, skal sikre at pasienter og brukere skal kunne vite hva slags tilbud de kan få, og at utøvende fagpersoner har klare lover og retningslinjer å følge, slik at pasienter og brukere får best mulig hjelp og et likeverdig tilbud. Vi har valgt å strukturere de etter årstall de trådte i kraft. Dokumentenes relevans til oppgaven blir beskrevet i annoteringene (vedlegg 2).

3.2.4.1 Folketrygdloven

Lov om folketrygd (folketrygdloven), kapittel 5, handler om stønad ved helsetjenester. Formålet med stønad ved helsetjenester er å gi hel eller delvis kompensasjon for

nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade og mer (Folketrygdloven, 1997, § 5-1; Moseid & Tidslevold, 2022). For vår problemstilling er det § 5-10, behandling hos logoped og audiopedagog, som er relevant. I denne § 5-10 fremkommer det at trygden gir stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos logoped og audiopedagog under to vilkår (Folketrygdloven, 1997, § 5-10). For å kunne motta stønad må personen være henvist fra lege, og behandlingen må være av vesentlig betydning for sykdom og funksjonsevne (Folketrygdloven, 1997, § 5-10). Dette betyr at dersom kommunen ikke har kapasitet eller kompetanse til å gi en person med behov for språklig rehabilitering tilbud om logoped, kan Folketrygdloven dekke utgifter hos en privatpraktiserende logoped (Helfo, 2018; Moseid & Tidslevold, 2022).

3.2.4.2 Opplæringsloven

Retten til å bli utredet og få behandling av logoped er hjemlet i Lov om grunnskolen og den videregående opplæringen. I denne paragrafen står det: «*Vaksne som har særlege behov for opplæring for å kunne utvikle eller halde ved like grunnleggjande dugleik, har rett til slik opplæring.*» (Opplæringsloven, 1998, § 4A-2).

3.2.4.3 Nasjonal faglig retningslinje: Hjerneslag

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag ble utgitt for første gang i 2010, og en delvis revidert utgave kom i 2017 (Moseid & Tidslevold, 2022). Det som er spesielt interessant for vår oppgave i denne retningslinjen er at det i kapittel 4.1 står at det skal være tilgang på logopedtjenester umiddelbart etter utskrivning fra sykehuset, for å sikre kontinuitet i opplæringen (Helsedirektoratet, 2017, kap. 4.1). Det er også spesifisert at alle kommuner, eventuelt i samarbeid med andre kommuner, skal ha et opplæringstilbud til slagrammede med ervervede språk- og kommunikasjonsvansker (Helsedirektoratet, 2017, kap. 4.1; Moseid & Tidslevold, 2022).

3.2.4.4 Helse- og omsorgstjenesteloven

Formålet med Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) er blant annet å behandle og tilrettelegge for mestring av nedsatt funksjonsevne, fremme sosial trygghet, sikre at den enkelte kan ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1). Denne loven hadde relevans for vår problemstilling ved at vi ønsket å undersøke hvordan oppfølgingen av personer med afasi etter hjerneslag var i kommunene. Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i kommunene eller av private som har avtale med kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-2). § 3-1, *Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester*, viser at nødvendig helse- og omsorgstjenester skal tilbys til alle personer som oppholder seg i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1).

3.2.4.5 Forskrift om habilitering og rehabilitering

Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator sitt formål er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og

rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som hjelper disse personene til å få bedre livskvalitet. Det vil si tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 1). Forskriften er også ment til å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter, pasient og bruker, og eventuelt pårørende. § 5 i forskriften tar for seg kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering. Kommunen har blant annet ansvar for å ha en generell oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering i kommunen (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 5). Kommunen skal også sørge for nødvendig undersøkelse og utredning før habilitering og rehabilitering settes i gang (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 8).

3.2.4.6 St.meld. nr. 47, Samhandlingsreformen

For å bedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ble Samhandlingsreformen iverksatt i 2012. Reformen skulle også bidra til å få et bedre pasientforløp, rett behandling – på rett sted – til rett tid (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Et helhetlig pasientforløp skal i størst mulig grad kunne ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå. For å oppnå dette, fremmet Samhandlingsreformen at kommunene skulle sørge for en helhetlig tenking med forebygging, tidlig intervensjon, behandling og oppfølging, og at en samlet helsetjeneste i størst mulig grad bør finnes i kommunene (St.meld. nr. 47 (2008-2009); Moseid & Tidslevold, 2022). Dette var av relevans for oss, da vi ønsket å undersøke om oppfølging av logoped er en naturlig del av rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag, og i hvor stor grad språklig rehabilitering finner sted ute i kommunen. I etterkant av Samhandlingsreformen ble det brakt opp noen problemer som fulgte med innføringen. Det ble færre ventende pasienter i sykehus, men desto flere pasienter i kommunene som måtte vente lenger på videre oppfølging (Grimsmo, 2015). Pasienter ble skrevet ut fra sykehus tidligere, og uten at kommunene rakk å dekke behovet sitt for planlegging (Moseid & Tidslevold, 2022).

3.2.4.7 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering

Opptappingsplanen retter seg mot brukere med funksjonsnedsettelse på grunn av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). Et mål i planen var at kommunene, i samsvar med befolkningens behov, skulle kunne gi et godt habilitering- og rehabiliteringstilbud. På sikt var målet at kommunene skulle overta oppgaver som ble utført av spesialisthelsetjenesten. Opptappingsplanen går også igjennom hovedutfordringene på feltet, og legger frem både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. En styrkning av brukerperspektivet og bedret kvalitet på tjenestene er også mål i Opptappingsplanen.

3.2.4.8 Pakkeforløp: Hjerneslag

For at hjerneslagpasienter skal oppleve godt organiserte, helhetlige og forutsigbare pasientforløp, ble det utviklet et pakkeforløp for hjerneslag (Helsedirektoratet, 2022). Formålet med pakkeforløpet er også å unngå unødige forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2022; Moseid & Tidslevold, 2022). Likeverdig tilbud, god informasjon, økt brukermedvirkning, og et forløp som er

individuelt tilpasset til den totale situasjonen og behovet til pasienten, står i fokus i pakkeforløpet (Helsedirektoratet, 2022). Pakkeforløpet peker også på viktigheten av å velge riktig rehabiliteringsnivå. For å kunne sikre riktig nivå av rehabilitering er det nødvendig med en individuell, tverrfaglig vurdering. Kombinasjonen av skårene ved Barthel ADL Index (Mahoney & Barthel, 1965) og Modified Rankin Scale (Rankin, 1957) vil gi en indikasjon på riktig rehabiliteringsnivå (Helsedirektoratet, 2022; Moseid & Tidslevold, 2022).

3.2.4.9 Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

Etter oppdrag fra Helsedirektoratet gjorde KPMG en evaluering av Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Rapporten konkluderte med at planen har belyst og gitt økt oppmerksomhet på områdene habilitering og rehabilitering. Det ble også trukket frem at planen til en viss grad har styrket kompetansen, men at de ikke kan konkludere med at denne styrkingen er varig. Evalueringen legger også frem at rehabilitering- og habiliteringsfeltet i lang tid har vært lite sammensatt, og at det er svært ujevne tilbud og kapasitet. Det etterlyses sterkere styring på nasjonalt nivå, og at denne situasjonen vil vedvare om det ikke tas sterkere nasjonale grep. Evalueringsrapporten legger også frem noen konkrete forslag, blant annet at det bør utarbeides en nasjonal plan for det videre arbeidet (KPMG, 2020).

3.2.5 Datakvalitet og kildekritikk

I dokumentanalysen bruker vi meddelende kilder. Det vil si at hensikten med dokumentene er å meddele noe (Kleven & Hjordemaal, 2018). Meddelende kilder deles inn i faktiske og normative kilder. Faktiske kilder kan etterprøves om er sanne eller ikke, mens normative kilder uttrykker vurderinger eller ønsker (Kleven & Hjordemaal, 2018). Flere av dokumentene i analysen er meddelende faktiske kilder, ettersom dette er dokumenter som er lover, fattet og vedtatt i Norge. Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019) kan derimot sees på som en meddelende normativ kilde, hvor målet er ønsker og strategier for å bedre dette området i helsesektoren.

Offentlige lover, retningslinjer og reformer fra Regjeringen, Stortinget, Lovdata, og Helsedirektoratet er pålitelige kilder, da det dreier seg om norske lover og retningslinjer. Det er likevel viktig å ha et kritisk blikk når man samler inn data til et prosjekt. Vi må se på faktorene som har vært med på å frambringe dem, og forholdende rundt kildene (Kleven & Hjordemaal, 2018). Dette betyr at vi må se på opphavspersonene til kilden, tid og sted, reliabilitet, og grad av samtidig kontroll. Dette kalles den ytre kildekritikken, og er et hjelpemiddel når man skal ta stilling til troverdigheten av kilden (Kleven & Hjordemaal, 2018). Ytre kildekritikk er nødvendig, men ikke tilstrekkelig i seg selv for å vurdere kildens troverdighet. Vi må i tillegg vurdere indre kildekritikk. I den indre kildekritikken undersøker vi om det kilden forteller oss er sant eller ikke (Kleven & Hjordemaal, 2018). Vi vet at Norges lover er vedtatt og er absolutte, derfor kan vi med sikkerhet også si at de er sanne. Det viktigste spørsmålet for oss i dokumentanalysen er om vi kan stole på at vi har funnet det vi trenger av dokumenter. Derfor er det viktig at vår avgrensning av dokumenter er velinformert og velbegrunnet (Asdal & Reinertsen, 2020).

3.2.6 Kvalitetsvurdering

For at leseren skal kunne vurdere troverdigheten i oppgaven vår, har vi reflektert over oppgavens validitet og reliabilitet (Thagaard, 2018).

3.2.6.1 Validitet

Ifølge Thagaard (2018) handler validitet om det å stille spørsmål om tolkningene vi har kommet frem til stemmer overens med virkeligheten. Kvale et al. (2018) beskriver validitet ved å se på om metoden man anvender egner seg til å undersøke det vi har undersøkt, og om resultatene forteller oss noe om det vi ønsker å vite noe om. Vi endret tidlig metoden fra ren dokumentanalyse til kombinerte metoder. Vi stilte spørsmål ved om ren dokumentanalyse ville gi oss god nok data for å kunne besvare problemstillingen. Vi kom frem til at bruk av kombinerte metoder ville gi oss grundigere data med ulike vinklinger, som bedre kunne svare på problemstillingen. Med to metoder ville datamaterialet øke i omfang og kunne true oversikt og kvalitet i oppgaven, noe som krevde god organisering av notatene. Vi har utnyttet at vi er to, ved å gjennomføre ulike prosesser hver for oss for så å sammenligne og komme til enighet. Vi har stilt kritiske spørsmål til datamateriale gjennom analyseprosessen og tolkningene vi har gjort. Ifølge Grønmo (2016) handler validitet om gyldigheten til datamaterialet som skal være med på å belyse problemstillingen. Vi har benyttet refleksjon og drøfting for å komme frem til data vi mente var mest relevant for problemstillingen.

3.2.6.2 Reliabilitet

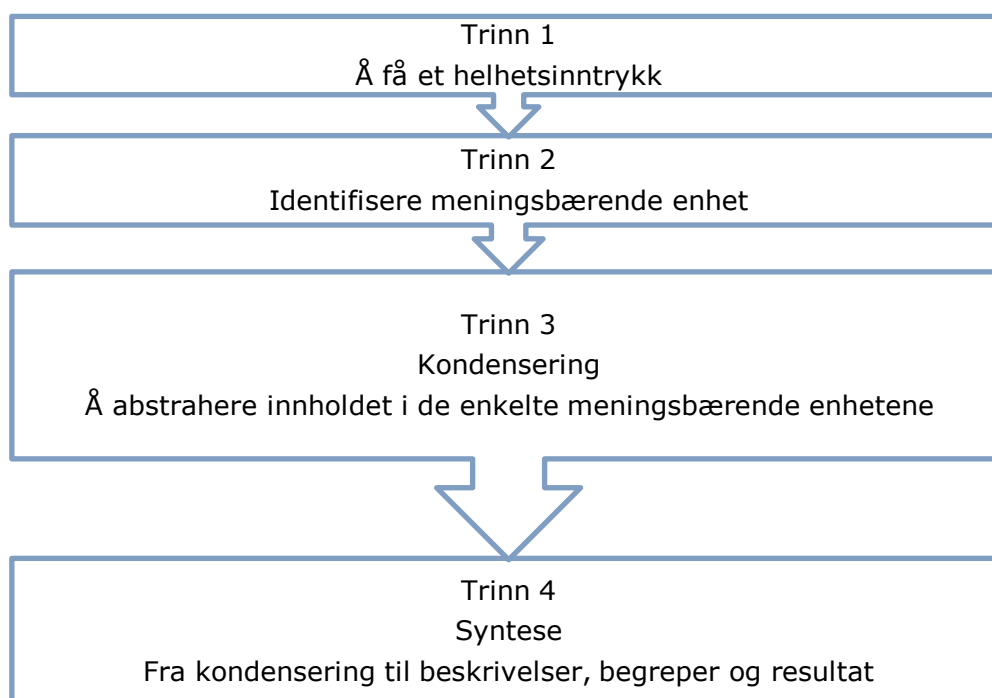
Reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre. Vi har metodiske refleksjoner der vi viser hvordan vi har kommet frem til problemstillingen, valg av metode, og erfaringer vi har gjort oss underveis i arbeidet med oppgaven. Vi har gjort rede for utvalg av data. Tabell 3.1 viser inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvalg. På denne måten viser vi hvordan vi har gått frem og begrunnet våre valg. Dette gjør forskningsprosessen transparent, slik at den som leser oppgaven kan vurdere kvaliteten på oppgaven (Thagaard, 2018).

Kan forskningsresultatet reproduseres av andre forskere på et annet tidspunkt, vil dette styrke reliabiliteten (Kvale et al., 2018). For å få til dette har vi beskrevet analyseprosessen steg for steg (se avsnitt 3.2.7). Vi beskriver der hvordan vi har jobbet underveis for å gruppere og tolke data, og på denne måten gi leseren mulighet til å følge analysen (Anker, 2021). Ved å beskrive utfordringer vi har hatt underveis på en åpen måte, og redegjøre for fremgangsmåte vi benyttet for å finne og bearbeide data, gir vi leseren mulighet til å se om oppgaven svarer på problemstillingen ut ifra analysen og funnene vi har gjort.

3.2.7 Analyse

Vi valgte *Systematisk tekstkondensering* (Systematic Text Condensation, STC) som er en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2021). Vi ønsket å gjennomføre analysen på en overkommelig og systematisk måte, da det ble mange sider og mye tekst å analysere. Analysemetoden er også laget for å passe til mange typer data med ulik grad av teoretisk forankring (Malterud, 2021). Figur 3.1. viser de fire trinnene som utgjør hovedstrukturen i STC.

Figur 3.1 Systematisk tekstkondensering, fire trinn



Denne metoden har mange fellestrekk med andre tematiske analysemetoder. Noen metodiske grep er imidlertid spesifikke for denne fremgangsmåten. I motsetning til de fleste andre analysemetoder starter man ikke med å gå bredt ut, men konsentrerer innledningsvis oppmerksomheten om relativt få temaer og kodegrupper. Fremgangsmåten for abstrahering når data er kodet med utvikling av kondensat, er også spesifikk for STC (Malterud, 2021).

3.2.7.1 Trinn 1: Helhetsinntrykk

Vi hadde hele tiden fokus på problemstillingen vår da vi gikk gjennom dokumentene, samtidig som vi var oppmerksomme på at vi måtte være åpne for inntrykkene datamaterialet formidlet, og at vi måtte sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme i parentes, slik Malterud (2021) skriver om i trinn en av systematisk tekstkondensering. Når hele dokumentet var lest, lagde vi matriser (vedlegg 1) og annoteringer (vedlegg 2) for hvert dokument, der vi noterte ned foreløpige tema og nøkkelord vi kunne se i tekstene som på en eller annen måte kom inn på problemstillingen og tema vi ønsket å belyse. På slutten av dette trinnet satt vi igjen med ni dokumenter til videre analyse.

Vi benyttet dataprogrammet NVivo (QSR International Pty. Ltd., 2022) i analysen. Dette er et analyseverktøy for kvalitative data, og var nyttig i prosessen med å identifisere meningsbærende enheter. Bruk av dette programmet hjalp oss i tillegg med å få oversikt, slik at det ble lettere å kategorisere og å dele inn relevant data inn i tema og koder. Disse kodene endret seg underveis i analyseprosessen.

Alle dokumentene ble analysert samlet, som beskrevet i Malterud (2012) og Pettersen (2021). På grunn av oppgavens omfang ble det for omfattende å analysere hvert enkelt

dokument for seg selv. Ved å analysere alle dokumentene samlet fikk vi dessuten et helhetsinntrykk av materialet.

3.2.7.2 Trinn 2: Meningsbærende enheter

I trinn to sammenlignet vi tabellene for hvert dokument for å se om noe var sammenfallende. Vi formulerte nøkkelord som omhandlet de ulike dokumentene og samtidig kunne belyse problemstillingen. I denne delen av analysen var det positivt å være to, ved at vi trakk ut nøkkelord hver for oss, og deretter sammenlignet disse. Basert på nøkkelordene, utarbeidet vi åtte foreløpige tema som dannet grunnlaget for kodegruppene (se figur 3.2).

Figur 3.2 Nøkkelord og åtte foreløpige temaer



De åtte foreløpige temaene dannet grunnlaget for koder og underkoder. Vi brukte Nvivo for å organisere koder og underkoder. Vi utarbeidet individuelt et sett med koder hver, for deretter å komme frem til fire felles koder vi ville gå videre med. Det er avgjørende å ikke ha for mange koder, Malterud (2021) anbefaler et sted mellom tre til fem koder. Underveis i kodearbeidet, når man analyserer dokumentene grundigere, kan det fremkomme flere koder. Derfor var det et bevisst valg å starte med fire koder. I selve kodingen gikk vi gjennom tekstene linje for linje, for å finne meningsbærende enheter og

sorterte det inn under den eller de gruppene den passet best inn i. I denne prosessen skilte vi relevant tekst fra irrelevant. Koden *brukermedvirkning* ble lagt til i våre koder underveis i kodingen, og vi måtte starte kodingen på nytt for å få med de meningsbærende enhetene som hørte til under den nye kodegruppen. I tillegg til den ekstra kodegruppen, endte vi også opp med å justere noe på kodenavnene for at de best mulig skulle beskrive innholdet i tekstbitene. De endelige kodegruppene er fremstilt i tabell 3.2.

Kodingen av tekstbiter, innebærer at de kontekstualiseres, ved at deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng, og skal leses i sammenheng med beslektede tekstelementer i lys av teoretisk perspektiv (Malterud, 2021). Det vil si at vi samlet tekstbiter fra de ulike dokumentene som omhandlet de samme temaene, for så å se dette opp mot et teoretisk perspektiv senere.

3.2.7.3 Trinn 3: Kondensering

I trinn tre, gikk vi gjennom hver kodegruppe og hentet ut innholdet i de meningsbærende enhetene vi hadde kodet sammen i forrige trinn, ved bruk av kondensering (Malterud, 2021). Resten av materialet ble lagt til side. Med fem kodegrupper hadde vi et overkommelig antall meningsbærende enheter å gå igjennom. Utvalget av meningsbærende enheter kunne fortelle oss noe om hvordan organiseringen av språklig rehabilitering til personer med afasi bør være. Tekstkondenseringen bidro til å fokusere spørsmålene som vi stilte til materialet (Malterud, 2021).

Vi startet med å ta for oss én og én kodegruppe og gå grundig igjennom de meningsbærende enhetene. Dette var utgangspunktet for å danne underkoder i hver kodegruppe. Igjen var det viktig å passe på at vi holdt oss til et lavt antall underkoder per kode. Malterud (2021) anbefaler to til tre underkoder til hver kode, dette for å ikke miste oversikten over materialet og for å holde det overkommelig i det videre arbeidet. Vi drøftet stikkordene vi individuelt hadde kommet frem til, for så å enes om passende underkoder til hver kodegruppe.

Tabell 3.2 Kodegrupper og underkoder

Kodegrupper	Koder	Underkoder
Retningslinjer	Ansvaret	Helhetlig tilbud
		Kommunalt ansvar
		Spesialisthelsetjenestens ansvar
Ansvar	Koordinering av språklig rehabilitering og opplæring	Tverrfaglig samarbeid innad i kommunene
		Tverrfaglig samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten
Språklig rehabilitering/opplæring	Anbefal språklig rehabilitering	Intensitet
Kompetanse		Tidlig innsats
Intensitet/mengde	Brukermedvirkning	Selvbestemmelse
Tverrfaglighet		Mestring
Koordinering/organisering	Tilgjengelighet og kompetanse	Ressurstilgang/logopedtilgang
		Ventetid
Tilgjengelighet		

Videre i analysen var det nå underkodene i hver kodegruppe som utgjorde analyseenhetene (Malterud, 2021). Neste steg var å lage kondensater til hver underkode. Et kondensat vil si et kunstig sitat, som bærer med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene i hver enkelt underkode, men omsatt til en mer generell form (Malterud, 2021). Vi startet med å gå gjennom alle de meningsbærende enhetene i en underkode, for så å gå ut ifra den meningsbærende enheten som var mest uttrykksfull. Deretter brukte vi de resterende meningsbærende enhetene i underkoden til å fylle på i kondensatet. Det var flere av de meningsbærende enhetene som omhandlet det samme og noen som ikke passet helt inn. De meningsbærende enhetene som ikke bidro til underkoden, flyttet vi enten over til en mer relevant underkode, eller fjernet dem fra analysen. Vi stod så igjen med en ny tekst som var bygget opp av elementer fra samtlige av de meningsbærende enhetene i underkodene (Malterud, 2021) (vedlegg 3). Kondensatene utgjør en tekst om det fenomenet som underkoden forteller om, ved å være så tekstnære som mulig, se tabell 3.3 for eksempel på kondensat.

Tabell 3.3 Kondensat fra kodegruppe 1, underkode 1

Kodegrupper 1	Anbefalt behandling og språklig rehabilitering
Underkode 1	Intensitet
Kondensat:	<p><i>Språktrening ved afasi etter hjerneslag bør være spesifikk, igangsettes i akutfasen og være av tilstrekkelig mengde og hyppighet. Dokumentasjonen viser en effekt av intensiv språktrening sammenlignet med lavintensiv språktrening. Intensiv språktrening kan gi en positiv effekt på språkfunksjon (språkforståelse, benevning og flytende tale) i dagliglivet. Det er ingen negative utfall med tiltaket. Både forskningsevidens og klinisk erfaring indikerer at det er viktig for bedring av afasi at pasienten bruker språk mye, både i terapi og ellers. Det anbefales intensiv språktrening i en tidsbegrenset periode for personer med afasi i kronisk fase, med 5 timer eller mer per uke. Det kreves målrettet innsats fra helse- og omsorgstjenesten med mer intensiv innsats i perioder, for å bedre funksjon over tid.</i></p>

På denne måten gikk vi igjennom hele det empiriske materialet på en systematisk måte, samtidig som vi hele tiden vurderte hvordan materialet kunne bidra til å besvare problemstillingen. Kondensatene sammenfatter og gjenforteller alle de meningsbærende enhetene i hver underkode, med tydelige spor fra hver enhet (Malterud, 2021).

3.2.7.4 Trinn 4: Syntese

I dette trinnet satte vi sammen tekstbitene igjen ved å lage fortolkede synteser som kunne beskrive innholdet i de ulike kodegruppene. De fortolkede syntesene skulle være lojale til de opprinnelige dokumentene og meningsbærende enhetene, samtidig som vi selv skulle ta ansvar som fortolkere (Malterud, 2021). I forrige trinn forholdt vi oss til tekstbiter fra materialet, mens vi nå skulle vurdere om resultatet fortsatt ga et gyldig bilde av den sammenhengen den opprinnelige kom fra (Malterud, 2021).

Først brukte vi kondensatene i underkodene til å lage en analytisk tekst for hver underkode og kodegruppe, for så å lage et gullsitat som konkretiserte funnene våre. I den analytiske teksten til hver underkode brukte vi uttrykk hentet fra de meningsbærende enhetene, men unngikk sitater. Vi skapte her en analytisk distanse for å ta ansvar for våre tolkninger, ved å gjenfortelle innholdet på vår egen måte (Malterud, 2021). Gjenfortellingen av kondensatene er sammenfattet i analyse og syntese, med fokus på at de skal utgjøre et relevant syn av et av hovedfunnene i vår analyse. De analytiske tekstene representerer de nye beskrivelsene vi kom frem til, på bakgrunn av kondensatene fra de meningsbærende enhetene i hver underkode og kodegruppe. Vi vurderte så om den analytiske teksten og gullsitatene fortsatt gav en gyldig beskrivelse av sammenhengen det opprinnelig var hentet ut ifra. Tekstene og gullsitatene skal kunne gi leseren innsikt, beskrivelse og begreper som er lett forståelig (Malterud, 2021). Alle

kodegrupper med underkoder ble kondensert, med analytisk tekst og gullsitat (vedlegg 3).

Til slutt ga vi hver analytiske tekst fra hver underkode en overskrift, som sammenfattet temaet (Malterud, 2021). Overskriftene bærer med seg økt innsikt fra analyse, teori og syntese, men bunn i de opprinnelige temaene og kodene (Malterud, 2021). Her slutførte vi analysen, ved å gi nye navn til kategoriene som representeres av kondensater, analytisk tekst og gullsitater. Tabell 3.5 viser en oversikt over gullsitat og medfølgende overskrift. Overskriften setter ord på det viktigste nye i det vi har funnet (Malterud, 2021).

Tabell 3.4 Avsluttende overskrifter på de analytiske tekstene

Kodegrupper	Gullsitat	Overskrifter
Kodegruppe 1	Språklig rehabilitering til personer med afasi som følge av hjerneslag bør settes i gang så tidlig som mulig, og være av tilstrekkelig mengde (5 timer eller mer i uka) og varighet, for å oppnå en rekke positive effekter for brukeren og samfunnet generelt.	Hva må til for å gi god språklig rehabilitering.
Kodegruppe 2	Det er en uklar avgrensning mellom spesialhelsetjenesten og kommunene sitt ansvar for levering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Begge har ansvaret for å levere tjenester og sørge for at personer får nødvendig rehabilitering, og kommunen har overordnet ansvar for å koordinere tjenester. Det anbefales å gjøre et tydeligere skille på ansvarsområdet med levering av tjenester og koordinering av tjenester.	Ansvar for koordinering av rehabilitering i kommunen.
Kodegruppe 3	Retten til selvbestemmelse og brukermedvirkning sikrer best mulig gjennomføring av rehabiliteringstjenester, ivaretar brukerens integritet og kan bedre prognosen for gode resultater og mestring i hverdagslivet.	Brukermedvirkning og selvbestemmelse i språklig rehabilitering.
Kodegruppe 4	For å sikre helhetlig og sammenhengende pasientforløp til beste for den enkelte bruker, er det nødvendig med gode og systematiske samhandlingsrutiner innad i kommunen, mellom kommuner og spesialhelsetjenesten. Mange brukere opplever svikt i koordineringen på grunn av mangel på felles systemer, dårlig kommunikasjon og for lite samarbeid på tvers av nivåene.	Helhetlig pasientforløp med fokus på språklig rehabilitering.
Kodegruppe 5	For enkelte pasientgrupper er det helt avgjørende med rask oppfølging hos logoped. Samtidig er det, på grunn av finansielle og organisatoriske grunner, mangelfull tilgang til logoped og ernæringsfysiolog i mange kommuner, noe som fører til lang ventetid og brudd i pasientforløpene.	Ressurstilgang på logopedtjenester i norske kommuner

3.3 Kvantitativ metode

Samtidig som vi analyserte dokumentene, ønsket vi å undersøke hvordan ulike kommuner faktisk organiserer språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag. Til dette benyttet vi spørreundersøkelse, fordi metoden passer bra når man skal samle inn og analysere data som angår mengde og kan måles i tall (Grønmo, 2016).

3.3.1 Spørreundersøkelse

Tverrsnittdesign viser til data som er samlet inn på ett og samme tidspunkt (Thrane, 2018). Vi utarbeidet en spørreundersøkelse for å få informasjon om hvordan språklig rehabilitering til personer med afasi organiseres i kommunene. Fordelen med å bruke et tverrsnittdesign i form av en spørreundersøkelse er at den samler inn mye informasjon på en effektiv måte (Thrane, 2018).

Målgruppen var kommunalt ansatte som jobbet med tildeling, og/eller utøvde språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag. Problemstillingen tar for seg temaer som ligger i skjæringspunktet mellom opplæring og helse, og det var hensiktsmessig å innhente svar fra begge sektorene. Spørreundersøkelsen ble derfor sendt til pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og tjeneste-/forvaltningskontor innen helse (heretter tjenestekontor). Utvalget av informanter vil bli presentert i neste avsnitt.

3.3.2 Utvalg av kommuner

Etter kommunesammenslåingen 1. januar 2020 er det 356 kommuner i Norge, fordelt på 11 fylker (Kartverket, 2021). Grunnet oppgavens omfang, begrenset vi utvalget til et overkommelig antall kommuner. Spørreskjemaet ble sendt til PPT og tjenestekontor i 100 kommuner, 28 % av Norges kommuner. Utvalget er stort nok til å være forholdsvis representativt, samtidig som vi tok høyde for at svarprosenten nødvendigvis ikke ble så høy.

For at utvalget skulle være mest mulig generaliserbart og representativt, valgte vi å gå for et tilfeldig utvalg av 100 kommuner. På bakgrunn av dette endte vi med et fåtall inklusjons- og eksklusjonskriterier, presentert i tabell 3.5.

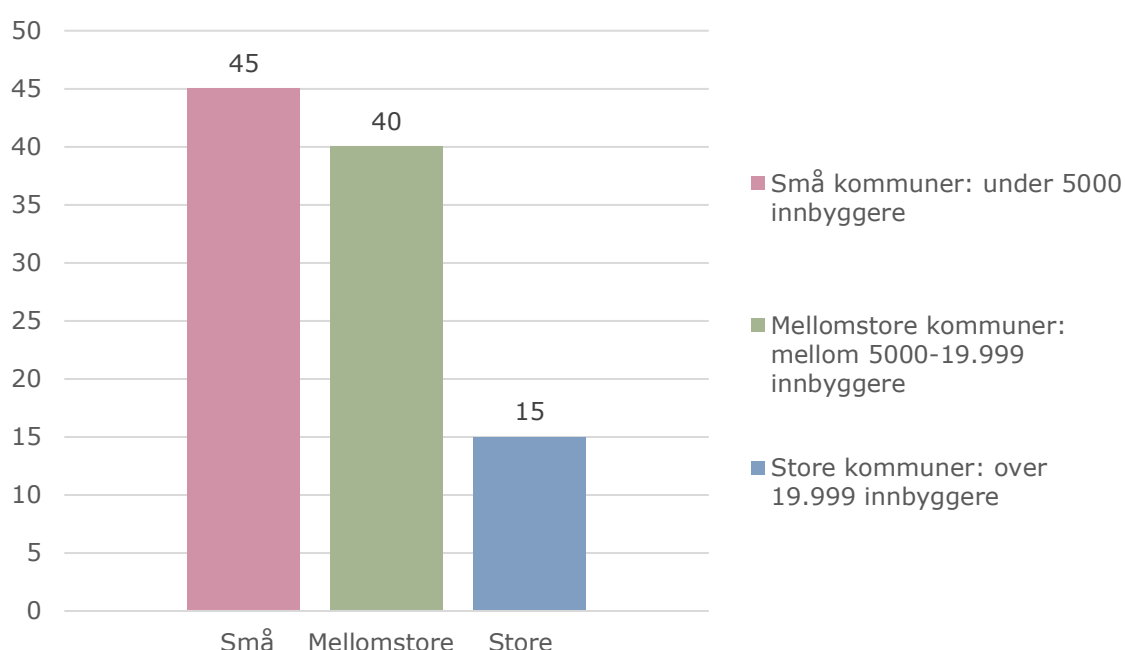
Tabell 3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kommuner i Norge	Kommuner og steder utenfor Norge
Kommuner som har en egen PP-tjeneste, eller har et interkommunalt samarbeid med en annen kommune som har en PP-tjeneste	Kommuner som ikke har egen PP-tjeneste eller ikke har et interkommunalt samarbeid med en annen kommune som har en PP-tjeneste
Kommuner som har et tjenestekontor innen helse som er ansvarlig for tildeling av helse- og omsorgstjenester	Kommuner som ikke har et tjenestekontor innen helse som er ansvarlig for tildeling av helse- og omsorgstjenester

Valg av kommuner foregikk ved bruk av www.random.org (Haahr, 2023) der vi kunne foreta tilfeldig trekning. Vi førte opp alle Norges kommuner i en tilfeldig nummerert liste i Excel, fra 1 til 356. Deretter genererte Random.org tilfeldige tall som tilsvarte en kommune på den oppførte listen vår. Kommunene vi trakk ut grupperte vi etter antall innbyggere for å etterse at utvalget var representativt for landet med tanke på innbyggertall.

Utvalget (figur 3.4) representerer norske kommuner generelt, med 15 store kommuner, 45 små og 40 mellomstore kommuner. Små kommuner vil si færre enn 5000 innbyggere, mellomstore kommuner vil si mellom 5000-19.999 innbyggere, og store kommuner vil si 20.000 innbyggere eller flere (St.prp. nr. 61 (2005-2006)).

Figur 3.3 Antall kommuner i utvalget etter innbyggertall



3.3.3 Operasjonalisering

Ved utarbeidelsen av spørsmålene var vi opptatt av å finne variabler som kunne gi oss informasjon om hvordan PPT og tjenstekontor organiserer språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag. Det var viktig at spørsmålene var entydige, slik at vi på den måten kunne unngå at informantene misforstod spørsmålene. Tvetydige spørsmål kan føre til at færre velger å svare (Kleven & Hjordemaal, 2018). Flere av variablene i spørreskjemaet kan ligne noe på hverandre. Dette var et bevisst valg, da vi ville være tydelige å spørre om én ting om gangen. Vi viser dette med et eksempel fra spørreskjemaet (vedlegg 4):

Variabel 9: *I kommunen din, hvem har ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?*

Variabel 18: *I kommunen din, hvem har ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?*

Disse to variablene er helt like, med unntak av ett ord. Vi kunne valgt å stille kun ett spørsmål om hvem som har ansvaret for tildeling og gjennomføring av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag i kommunen. Spørsmålet ville da blitt større og vanskeligere å svare på. Det er ikke gitt at det er samme person eller instans som har ansvaret for både tildeling og gjennomføring av tjenesten.

Et annet aspekt i utarbeidelsen av spørsmålene var å stille seg kritisk til ledende spørsmål, og prøve å holde de til et minimum. Ledende spørsmål kan påvirke svaret, ved at det leder mot et svar ved å ha positive eller negative ladede ord i spørsmålsformuleringen (Kleven & Hjordemaal, 2018).

Totalt endte vi med 36 variabler, hvor noen av variablene var avhengig av verdien for å bli vist for mottakeren. Verdier og kategorier er begreper som brukes om det en variabel kan anta (Thrane, 2018). For eksempel har variabel 2, *Hvor er du ansatt?*, to verdier; PPT eller tjenestekontor. De fleste av variablenes målenivå er på nominalnivå, altså variabler med enten like eller ulike verdier, men vi kan ikke si om det er høyere eller lavere enn den andre (Kleven & Hjordemaal, 2018). Et slikt målenivå var nødvendig for å kunne få svar på det vi var ute etter. Det som preger en variabel på nominalnivå er at den består av verdier/kategorier som er gjensidig utelukkende, som i eksempelet over: enten så jobber man i PPT eller i tjenestekontor (Thrane, 2018).

Spørreskjemaet bestod hovedsakelig av spørsmål med faste svaralternativer. Faste svaralternativer er både effektivt og tidsbesparende for informantene, samtidig som det letter bearbeidningen av datamaterialet i etterkant av undersøkelsen (Kleven & Hjordemaal, 2018). Bearbeidningen blir lettere fordi det er enklere å telle opp og databehandle resultatet i SPSS (IBM Corp., 2022). Faste svaralternativer sikrer at informantene avgir svar på samme presisjonsnivå (Kleven & Hjordemaal, 2018). Utfordringen med å ha faste svaralternativer i spørreskjemaet var å finne gode svaralternativer som på en best mulig måte kan dekke det vi spør om. I de fleste tilfeller var ikke dette et stort problem, da spørsmålene hadde tydelige svaralternativer som *ja*, *nei*, eller *vet ikke*. I enkelte spørsmål var det derimot umulig å kunne dekke alle svaralternativer. I slike tilfeller valgte vi å føre opp de svaralternativene som vi vurderte å være mest sannsynlige. I tillegg til disse svaralternativene, benyttet vi oss av noen fritt formulerte svar, ved at vi la til *andre/annet/annen* som svaralternativ.

Spørsmålene i spørreskjemaet omhandler organisering av språklig rehabilitering, ressurstilgang, kompetanse, og tverrfaglig samarbeid. I tillegg spurte vi hvordan kommunene oppfatter organisering, gjennomføring og tildeling av den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag. Datainnsamlingen ble gjort via den nettbaserte skjemaløsningen nettskjema.no som er utviklet og driftet ved Universitetet i Oslo (nettskjema@usit.uio.no).

3.3.4 Gjennomføring av spørreundersøkelsen

Første steg i gjennomføringen av spørreundersøkelsen var å hente inn kontaktinformasjonen til PPT og tjenestekontor i de 100 utvalgte kommunene. Vi prøvde så langt det lot seg gjøre å finne e-postadresse til ledere i tjenestene. I de tilfeller der e-post til leder ikke var tilgjengelig på nettet, ble undersøkelsen sendt til postmottak, for videresending innad i kommunen.

67 % av e-postene til tjenestekontor gikk direkte til ledere, og resten gikk til postmottak. Til PPT var det 65 % av e-postene som gikk direkte til ledere, mens resten gikk til

postmottak. Med jevn fordeling av e-poster direkte til ledere og til postmottak i begge informantgruppene, var det like store sjanser for svar fra begge gruppene.

E-post ble sendt ut til 200 mottakere i de 100 tilfeldig utvalgte kommunene 13. november 2022, sammen med informasjonsskriv (vedlegg 5) og lenke til undersøkelsen. Svarfrist ble satt til 14 dager. På grunn av lav svarprosent på 22, 5 % etter første uke, sendte vi ut en påminnelse etter syv dager. Etter fristen var gått ut, stengte vi spørreundersøkelsen i Nettskjema. Svarprosenten var da på 35 %, med 70 informanter fordelt på PPT og tjenestekontor.

3.3.5 Kvalitetsvurdering

Vi vil nå belyse validitet, reliabilitet og overførbarhet i den kvantitative delen.

3.3.5.1 Validitet

Validitet handler om datamaterialets gyldighet, og om man med den valgte fremgangsmåten til datainnsamling, evner å måle det man prøver å måle (Thrane, 2018). Validiteten i spørreundersøkelsen avhenger i stor grad av operasjonaliseringen av begrepene vi var ute etter å måle. Måten vi har operasjonalisert problemstillingen i spørreskjemaet på, er å stille konkrete spørsmål om retningslinjer, ansvar, gjennomføring, tildeling, tverrfaglighet, og logopedtilgang, til både PPT og tjenestekontor. I hvor stor grad vi lykkes å operasjonalisere problemstillingen i spørreskjemaet, altså gjennomført måling, kan si oss noe om validiteten av datamaterialet (Kleven & Hjørdemaal, 2018). Før vi utarbeidet spørsmålene til undersøkelsen satte vi oss grundig inn i teorien ved å analysere de offentlige dokumentene som omhandler språklig rehabilitering til personer med afasi. Dette førte til at vi formulere spørsmål som i stor grad bunnet ut i dokumentene. Utvelgelsesprosessen er også med på å styrke validiteten. Med et tilfeldig utvalg stiller alle kommuner på lik linje, uavhengig av størrelse eller beliggenhet. På denne måten kunne vi best sikre at utvalget vårt representerte kommunene i landet. Dette styrker også troen på generalisering. Et tilfeldig utvalg er en type sannsynlighetsutvalg, som sikrer oss mot et systematisk skjevt utvalg i forhold til populasjonen (Kleven & Hjørdemaal, 2018). Denne utvelgelsesprosessen er med på å styrke den ytre validiteten.

3.3.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om pålitelighet i målingen og datamaterialet (Grønmo, 2016). Spørreundersøkelsen vi har gjennomført kan gjennomføres på nytt, men ikke nødvendigvis med det samme resultatet. Dette er fordi organiseringen av både PPT og tjenestekontor, og innad i kommunene generelt, kan være i endring og ha endret seg siden vår spørreundersøkelse ble gjennomført. Likevel kan vi snakke om reliabiliteten i undersøkelsen, når vi trekker inn ord som stabilitet og nøyaktighet i utformingen og gjennomføringen av undersøkelsen (Kleven & Hjørdemaal, 2018). I tillegg kan antall respondenter fortelle noe om påliteligheten i undersøkelsen. Spørreskjemaet ble sendt ut til 200 personer, og 70 av disse fullførte undersøkelsen. Det vil si at med et konfidensnivå på 95 %, er feilmarginen i undersøkelsen på +/- 9,4 % (Aksnes AS, 2000-2023). Vi kan derfor si at vi kan være 95 % sikre på at dersom alle 200 personer hadde besvart undersøkelsen, så ville svarene ha falt innenfor +/- 9,4 % av svarene i denne undersøkelsen (Aksnes AS, 2000-2023).

I utformingen av spørreskjema vurderte vi om spørsmålene ville gi oss informasjon som kunne brukes til å svare på problemstillingen. Det var også viktig å gå gjennom spørsmålene med tanke på utforming, slik at mottakeren av spørsmålene vil forstå de på den måten de er ment. Reliabiliteten i undersøkelsen vår avhenger i stor grad av presisjonen på våre variabler i spørreundersøkelsen, og eventuelle målefeil eller unøyaktigheter (Thrane, 2018). Ved at spørsmålene i spørreskjemaet hadde faste svaralternativer, minimerte vi tilfeldige målefeil som kunne ha oppstått ved at informantene svarer med fritt formulerte svar. Dette er med på å styrke reliabiliteten i undersøkelsen ved at alle informanter har de samme svaralternativene, og svarer like nøyaktig på spørsmålene.

Andre tilfeldige målefeil vil man aldri komme helt og fullt unna. For eksempel kan noen av informantene ha klikket på feil svar. Slike tilfeldige målefeil har vi prøvd å unngå ved å ikke ha for mange svaralternativer, og holde oss til *ja*, *nei* og *vet ikke*. Dette er med på å styrke stabilitetsaspektet ved reliabiliteten, ved at tilfeldige dag-til-dag-svingninger, som humør eller tidsbruk, ikke skulle ha for stor innvirkning (Kleven & Hjordemaal, 2018). Ved å holde spørsmålene entydige, enkle, og med lette svaralternativer er det med på å lette besvarelsesprosessen til informantene. Ekvivalensaspektet har vi tatt vare på ved å ikke stille ledende spørsmål, slik at spørsmålet ikke skulle påvirke svaret. Vurdererreliabiliteten er godt ivaretatt ved bruk av statistikkprogrammet SPSS til analyse. Ved å analysere resultatene med SPSS, fikk vi en ryddig og systematisk analyseprosess. Dette fjernet muligheten for systematiske målefeil som for eksempel at vi selv hadde telt opp feil antall svar eller lignende, i analyseprosessen.

3.3.5.3 Overførbarhet

Overførbarhet vil si hvorvidt tolkningen av resultatene kan være relevante i en større sammenheng (Thagaard, 2018). Funnene i studiet vårt er ikke fullt generaliserbare, men kan likevel være overførbare (Anker, 2021). Tolkingen av oppgaven kan ha relevans i andre sammenhenger, for eksempel kan funnene våre bidra til at man kan få et større fokus på å etablere gode, håndterbare rutiner i kommunene.

Resultatene vil kunne overføres til lignende kontekster innenfor logopedifeltet, og kan gi en pekepinn på hva som eventuelt kan være interessant å undersøke videre. Dersom resultatene for eksempel viser at PPT har fastsatte retningslinjer for språklig rehabilitering til personer med afasi, og tjenestekontor ikke har det, kan dette være noe å undersøke nærmere.

3.3.6 Statistisk analyse

Ettersom vi valgte å bruke spørreskjema, oppstod det et behov for statistiske forenklinger og statistisk analyse (Thrane, 2018). Den statistiske analysen baserer seg på 70 besvarte spørreskjemaer fra respondenter ansatt i enten PPT eller tjenestekontor fra et tilfeldig utvalg av kommuner. Analysene ble gjennomført ved hjelp av SPSS programvare (IBM Corp., 2022) med hovedsakelig deskriptive statistiske analyser, henholdsvis frekvensanalyser og krysstabulering. Det ble benyttet Pearsons chi-square (kvikvadrat) for nominale variabler for evaluering av signifikans.

Formålet med statistisk analyse var å finne sammenhenger og mønstre i dataene vi samlet inn. Statistisk analyse handler om å se samvariasjon mellom variabler eller mellom en og flere andre variabler (Thrane, 2018). SPSS er et program for statistisk analyse, som hjelper å organisere og systematisere data, og fremstiller resultatene på en grafisk oversiktlig måte.

3.3.6.1 Frekvensanalyse

Vi startet med å analysere deskriptiv statistikk for variablene. I den deskriptive analysen beskriver vi frekvensfordelingen for hver variabel. Med deskriptiv frekvensanalyse kunne vi si noe om andelen respondenter som svarte på de forskjellige verdiene, og få en oversikt over informasjonen fra spørreskjemaet. Tallene fra analysen visualiserte vi med stolpediagram.

3.3.6.2 Krysstabulering

Krysstabulering vil si sammenligning av andeler i to grupper (Thrane, 2018). De uavhengige variablene, *ansettelsessted* og *kommunestørrelse*, er variabler vi mener driver frem statistisk variasjon i de andre variablene. Dermed var det interessant å gjennomføre en krysstabulering med en uavhengig variabel og en avhengig variabel for å kunne sammenligne andelen i hver av gruppene. Både de avhengige og de uavhengige variablene i spørreskjemaet vårt er kategoriske, og vi benyttet derfor krysstabulering for å analysere sammenhengen (Grønmo, 2016). På denne måten sammenlignet vi andel, og ikke et gjennomsnitt (Thrane, 2018). Vi analyserte først de variablene som var interessante å undersøke opp mot ansettelsessted i SPSS. Slik fikk vi informasjon om svarene var avhengige av om man jobbet i PPT eller i tjenestekontor. Deretter analyserte vi de variablene som var interessante å se opp mot kommunestørrelse, for å få informasjon om svarene var avhengig av hvor stor kommunen var.

3.3.6.3 Statistisk signifikans og effektstørrelse

For å finne ut av om fordelingen av data innenfor de to uavhengige variablene i krysstabuleringen var tilfeldig eller ikke, gjennomførte vi kjikvadrattest (Pearsons chi square test) i SPSS. Kjikvadrattest er aktuelt å bruke fordi vi har data som er delt inn i klasser på nominalnivå (Kleven & Hjordemaal, 2018). I signifikanstesting brukte vi et signifikansnivå på 5 % ($p=0,05$). Det vil si at sammenhengen kan sies å være statistisk signifikant, dersom kjikvadratverdien tilsvarer 5 % eller mindre. Der sammenhengen mellom to variabler viste seg å være statistisk signifikant, betyr det at sammenhengen er så stor at det neppe skyldes tilfeldigheter, altså kan den trolig overføres eller generaliseres til populasjonen (Thrane, 2018).

I vårt tilfelle vil det si gruppene PPT eller tjenestekontor, eller i gruppene innen kommunestørrelse (liten, mellomstor, stor). I de tilfellene vi fant signifikante forskjeller, beregnet vi effektstørrelsen ved bruk av Cramers V i SPSS. På denne måten kan vi si noe om graden av sammenhengen mellom to nominale variabler (Kleven, 2013). Cramers V benyttes der tabellene er 2x3 eller større. Målt med korrelasjon sier man at $r=0,10$ er en svak effekt, $r=0,30$ moderat effekt, og $r=0,50$ uttrykker en sterk effekt (Kleven, 2013). Beregningen av frihetsgrader er viktig, da kjivadraten automatisk vokser jo flere celler det er i krysstabellen. For å beregne frihetsgrader, sees kjikvadraten opp mot størrelsen

på krysstabellen (Thrane, 2018). Frihetsgrader er altså et mål på i hvilken grad tabellen kan variere.

3.3.7 Forskningsetikk

All forskning har forskningsetiske normer og følge, som blant annet handler om respekt for informantenes integritet, frihet, medbestemmelse, og at de ikke utsettes for store belastninger (Kleven & Hjordemaal, 2018). For å ivareta forskningsetikken i undersøkelsen sendte vi ut informasjonsskriv sammen med spørreundersøkelsen (vedlegg 5). Informasjonsskrivet inneholdt informasjon som var nødvendig for mottakerne for å få en forståelse av følgene ved å delta, samt hensikten med undersøkelsen (Kleven & Hjordemaal, 2018). Informasjonsskrivet beskrev formålet med undersøkelsen, hvem som ledet prosjektet, hvorfor og hvordan mottakerne er valgt ut, at det var frivillig å være med, hva som skjer med opplysningene etter at prosjektet er avsluttet, og vår og veileders kontaktinformasjon om de ønsket ytterligere informasjon om undersøkelsen. Ettersom undersøkelsen er anonym var det ikke mulig for deltakerne å trekke seg hvis de senere skulle ombestemme seg, da det er umulig for oss å vite hvem som har svart hva. Dette ble det også opplyst om i informasjonsskrivet.

Forskning som innebærer å behandle opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til enkeltpersoner, skal meldes til Personverntjenester (Sikt) (sikt.no) (Kleven & Hjordemaal, 2018). I spørreundersøkelsen innhentet vi ingen direkte eller indirekte personopplysninger som kan spores tilbake til enkeltindivider. Spørreskjemaet inneholdt ikke spørsmål om telefonnummer, ansatt-ID, fødselsnummer, adresse, epostadresse, brukernavn, eller andre personidentifiserbare opplysninger. Det var kun tre spørsmål i spørreskjemaet som kan regnes som bakgrunnsopplysninger; «Hvor er du ansatt?», «Hvilken utdanning har du?» og «Hvor stor er kommunen din?». Disse tre spørsmålene utgjorde i seg selv ikke nok bakgrunnsinformasjon til å kunne gjøre en indirekte personidentifisering, som betyr at det ikke er mulig å gjette seg frem til hvem som har svart hva. Undersøkelsen var anonym, noe som betyr at ingen har mulighet til å spore svarene tilbake til en enkeltperson eller datamaskinen som ble brukt til å besvare spørreskjemaet. Spørreundersøkelsen ble utformet i Nettskjema, som ifølge nettsiden selv er «*Norges sikreste og mest brukte løsning for datainnsamling til forskning*» (nettskjema@usit.uio.no). Vi krysset av på «nei» på spørsmålet om skjemaet skulle samle inn personopplysninger i innstillingene på nettskjemasiden, på denne måten lagret ikke nettsiden brukernavn og navn til personene sammen med svarene. Nettsiden sporer heller ikke IP-adressen til datamaskinene som ble brukt til å besvare spørreskjemaet. I tillegg bevarte vi anonymiteten ytterligere ved å ha 200 inviterte informanter. Desto flere informanter som ble invitert til undersøkelsen, jo vanskeligere ville det være å identifisere enkeltpersoner. De fleste spørsmålene hadde forhåndsdefinerte svaralternativer, som også sikret anonymiteten ved at informanten ikke skrev svarene selv og i verste fall kunne blitt identifisert ut ifra sitt eget svar. I de tilfellene hvor det ble bedt om et selvformulert svar, var det klart og tydelig hva informanten skulle svare på, og det kunne besvares ved bruk av ett ord. På bakgrunn av dette, var det ikke behov for å melde undersøkelsen til Sikt.

Samtykke til å bruke svarene fra informantene i prosjektet hentet vi inn via første variabel i spørreskjemaet. Her ba vi informanten å bekrefte at hen hadde fått tilstrekkelig med informasjon, og samtykke til at svarene kunne brukes i prosjektet. Informantene fikk kun opp ett svaralternativ, *ja*. Dette var obligatorisk å svare på, og måtte besvares

før man kunne gå videre i spørreskjemaet. På denne måten sikret vi at vi fikk samtykke fra alle informantene, samt at det ble mindre å forholde seg til for hver enkelt person, sammenlignet med å ha et eget samtykkeskjema som på forhånd skulle signeres.

3.4 Gjennomføring og samarbeid

Vi møttes flere ganger for å gjennomføre store deler av analysearbeidet. Trinn 1, 2 og 3 i dokumentanalysen ble gjennomført sammen, hvor vi utarbeidet kodegrupper, underkoder, og kodet dokumentene. Syntesen, trinn 4, ble gjennomført ved at vi delte kondensatene, og skrev hver for oss. Til slutt diskuterte vi resultatene og ble enige om avsluttende overskrifter.

Utvelgelsen av kommuner ble gjennomført sammen. Under utarbeidelsen av spørsmål til spørreskjemaet, skrev vi ned et sett spørsmål hver for oss som vi så sammenlignet, og begrenset til de viktigste for å kunne besvare problemstillingen. Vi møttes for å gjennomføre frekvensanalyser, krysstabulering og statistisk signifikans i SPSS, for så å fordele arbeidet med å fremstille resultatene av analysen.

Teksten har vi fordelt jevnt mellom hverandre, ved at begge har skrevet og bearbeidet deler i hvert kapittel.

På denne måten har vi sikret et tett samarbeid gjennom hele prosessen, hatt to perspektiver, og sikret enighet gjennom refleksjon og diskusjon i gjennomføringen.

3.5 Metodekritikk

I starten av oppgaven hadde vi en tanke om å gjøre en kvalitativ dokumentanalyse av to til tre dokumenter, ved bruk av strategisk utvalg. Dokumentene, økte raskt til ni etter som vi jobbet oss gjennom relevant materiale. På grunn av oppgavens omfang, fant vi ut at dette ville være i grenseland av hvor mye vi kunne ha med. Dette var bakgrunnen for at vi ikke startet med systematisk søk videre, noe som er en svakhet med oppgaven. Vi kunne kommet over flere, eller andre dokumenter som kunne passet bedre inn i oppgaven, enn de vi valgte å ta med. På dette tidspunktet bestemte vi oss for å bruke kombinerte metoder, og ha en kvantitativ spørreundersøkelse med i tillegg, som også hadde innvirkning på omfanget. Kritikkk i forhold til den kvalitative analysedelen er at vi valgte å analysere dokumentene samlet, som beskrevet i Malterud (2012) og Pettersen (2021). Det kan ha ført til at flere av dokumentene vil være mer representert i analysen enn andre, men alle dokumentene er representert i større eller mindre grad.

Utformingen av spørreskjema ble gjort tidlig i prosessen, før problemstillingen var helt fastsatt. I ettertid ser vi at noen av spørsmålene kunne vært spisset mer. Det er også noe spørsmål som kunne vært utelatt, og noe vi burde hatt med. Ved utformingen av spørreskjema hadde vi fokus på å ikke ha ledende spørsmål, men også her ser vi at vi kunne vært enda mer påpasselige. På grunn av oppgavens omfang med to metoder å forholde seg til, ble det ikke gjennomført en pilotundersøkelse. En pilotgjennomføring av spørreundersøkelsen kunne vært nyttig, for på den måten å kunne kvalitetssikre undersøkelsen enda bedre i forkant. Vi ser at vi med fordel kunne hatt med enda flere deltakere, uten at det ville hatt noen påvirkning på oppgavens omfang. Det er ikke sikkert svarprosenten hadde blitt høyere, men større utvalg ville styrket reliabiliteten til undersøkelsen

En ulempe med å bruke tverrsnittdesign er at det er lite effektivt for å finne ut av forløp over tid (Thrane, 2018). I vår oppgave er ikke dette en ulempe vi merket noe til, da vi var ute etter å få tak på hvordan organiseringen i kommunene er akkurat her og nå.

3.6 Oppsummering

I metodekapittelet har vi systematisk beskrevet fremgangsmåten for utvalg og analyse av kvalitativ og kvantitativ data. Resultatene fra analysen og spørreundersøkelsen blir presentert i det følgende kapittelet.

4 Resultater

I dette kapitlet presenterer vi resultatene fra dokumentanalysen i avsnitt 4.1, og deretter resultatene fra spørreundersøkelsen i avsnitt 4.2.

4.1 Resultater fra dokumentanalysen

I de påfølgende avsnittene presenterer vi resultatene fra dokumentanalysen. Hvert avsnitt er en analytisk tekst basert på de meningsbærende enhetene i hver kodegruppe med tilhørende underkoder.

4.1.1 Ansvar for koordinering av rehabilitering i kommunen

Det fremkom av dokumentene at det var noe uklarheter i avgrensning mellom helsesektoren/spesialhelsetjenesten og kommunene sitt ansvar (KPMG, 2020). Begge instanser har ansvar for å levere tjenester, og kommunen har ansvar for å koordinere tjenestene (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). Det ble anbefalt et tydeligere skille mellom disse ansvarsområdene, slik at personer med et rehabiliteringsbehov ikke blir stående for seg selv uten en klar og tydelig plan videre (KPMG, 2020). Det som er sikkert er at kommunen har ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen får tilbud om nødvendig helse- og omsorgstjenester, de har ansvar for planlegging av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten og også å samle disse i ett tverrfaglig tilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Opplæringsetaten har derimot et spesielt ansvar for voksne med språk- og talevansker (Helsedirektoratet, 2017). Det fremkom også i denne underkoden, at det var de samme uklarheter i ansvarsområdene mellom helsesektoren/spesialhelsetjenesten og kommunene (KPMG, 2020). Spesialhelsetjenesten har ansvar for spesialhelsetjenester, og de har også ansvaret for å følge opp slagpasienter i tre måneder etter hjerneslaget. Når kommunene har behov for mer spesialisert kompetanse enn det de har i kommunene, er det også spesialhelsetjenestens ansvar å bistå med denne kompetansen etter henvisning fra kommunene (KPMG, 2020).

4.1.2 Helhetlig pasientforløp med fokus på språklig rehabilitering

Gode samhandlingsrutiner mellom tjenestenivåer og innad i de ulike tjenestene, samt et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud, er viktig for å få til et best mulig og helhetlig pasientforløp for den enkelte bruker (Forskrift om rehabilitering og habilitering, 2011; KPMG, 2020; Helsedirektoratet, 2017; Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). I dokumentene fremkom det flere problemområder innad i kommunen, i hovedsak på grunn av kommunenes siloorganisering av tjenester (KPMG, 2020). Dette betyr at de forskjellige tjenestene og faggruppene er organisert hver for seg i egne organisatoriske enheter. I tillegg er det ulike lovverk som helse- og omsorgs- og opplæringssektoren er forankret i. Både organiseringen og de ulike forankringene gjør det vanskeligere med et tett og tverretatlig samarbeid. Dette er en av de viktigste

Årsakene til at rehabiliteringstilbudet fremstår som oppdelt for brukerne (Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). Dette problemet med å samarbeide på tvers av tjenester og faggrupper fører til at brukere ikke får tilstrekkelig oppfølging, for dårlig opplæring, og øker risikoen for dårlig egenmestring og funksjonsfall som kunne vært unngått (Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). I tillegg var det mange brukere som ventet lenge på tilbud i kommunene etter utskrivning fra sykehus, på grunn av mangel på felles systemer, for lite samarbeid på tvers av nivåene, og for dårlig kommunikasjon internt i kommunen og med spesialhelsetjenesten.

For å få et godt rehabiliteringstilbud er det en forutsetning med god koordinering og samarbeid på tvers av tjenestenivåer (St.meld.nr.47 (2008-2009)). Derfor skal den kommunale helse- og omsorgstjenesten samarbeide med andre etater, internt i kommunen, mellom kommuner og spesialhelsetjenesten ved behov. Dette samarbeidet skal bygge på tverrfaglighet, og være tilgjengelig i alle faser av sykdomsforløpet; både i spesialhelsetjenesten og i kommunene (St.meld.nr.47 (2008-2009)). Fordi det er så mange instanser som skal være involvert i rehabiliteringsprosessen, er det ekstra viktig med en god organisering. Formålet med et slikt samarbeid er et best mulig og helhetlig tilbud til brukerne (Helsedirektoratet, 2017). Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) viste at mange brukere opplevde svikt i koordineringen av tjenestene, og da spesielt i overgangen fra primær- til spesialhelsetjenesten. Ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialhelsetjenesten opplevdes som uklar. Dette førte til at mange følte seg overlatt til seg selv (KPMG, 2020).

4.1.3 Hva må til for å gi god språklig rehabilitering?

Det er viktig at pasienter med afasi som følge av hjerneslag bruker språket mye. Både forskning, dokumentasjon og klinisk erfaring tyder på at intensiv språktrening har god effekt for personer med afasi som følge av hjerneslag, sammenlignet med lavintensiv språktrening (Helsedirektoratet, 2017). For å få til dette, kreves det intensiv innsats fra helse- og omsorgstjenesten i perioder (Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). Det er anbefalt med spesifikk språktrening som settes i gang i akutfasen, og er av tilstrekkelig mengde og hyppighet. Det vil si fem timer eller mer med språktrening per uke for personer med afasi i kronisk fase, noe som kan føre til bedring på språkfunksjon i dagliglivet. Denne intensive språktreningen har ingen negative utfall (Helsedirektoratet, 2017).

Tidlig innsats vil si at behov hos brukerne bør identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig. Når det kommer til språk- og kommunikasjonsvansker, viser klinisk erfaring at språkterapi bør settes i gang så tidlig som mulig, og for slagrammede med afasi bør det være logoped tilgjengelig rett etter utskrivning fra sykehus. Dette for at det skal være en kontinuitet i opplæringen, samt å øke sjansen for å gjenvinne tapte funksjoner (Helsedirektoratet, 2017). Tidlig innsats innen rehabiliteringsfeltet kan føre med seg en rekke positive virkninger. Blant annet kan tidlig innsats bedre funksjon hos den enkelte, som igjen kan føre til at personen kan komme fortere tilbake til arbeidslivet (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Tidlig innsats kan også føre til at personen ikke trenger plass på institusjoner, og redusert behov for lengre sykemeldinger (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Det er kommunene som har ansvaret for å sørge for en helhetlig tenking med tidlig intervensjon som et utgangspunkt (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

4.1.4 Brukermedvirkning og selvbestemmelse i språklig rehabilitering

Rehabiliteringstjenesten bør ha et økt fokus på mestring i hverdagslivet, slik at den enkelte person kan mestre sitt eget liv, eller gjenopprette funksjoner og egenmestring i størst mulig grad (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Dette fremkom som et sentralt mål i rehabilitering i helse- og omsorgssektoren. Ved å samarbeide tverrfaglig i helsetjenestene og de kommunale tjenestene, kan det på best mulig måte legges til rette for mestring (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

En grunnleggende pasient- og brukerrettighet er å få medvirke i planlegging, utforming, utøving og evaluering av eget habilitering- og rehabiliteringstilbud (KPMG, 2020; Helsedirektoratet, 2017; Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). Slik brukermedvirkning sikrer en best mulig gjennomføring, ivaretar brukerens integritet, og bedrer prognosen for gode resultater (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Kommunen og det regionale helseforetaket har ansvar for å tilrettelegge for brukermedvirkning (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

4.1.5 Resursstilgang på logopedtjenester i norske kommuner

Det fremkom av dokumentene at det i mange kommuner er et mangelfullt tilbud til brukere med kognitive vansker, på grunn av dårlig kapasitet og manglende basiskompetanse for å gi et godt rehabiliteringstilbud (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). Viktige funksjoner som ofte mangler i kommunene som nevnes i dokumentene er blant annet logopedkompetanse. Spesielt mangelfull er logopedkompetanse i småkommunene (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019); KPMG, 2020). Dette fører til at tjenester som skal bistå brukerne har uakseptabelt lang ventetid og brudd i forløpene. Dette fører også til en økt risiko for at brukere med et mindre omfattende behov blir satt til side og ikke får tilbud raskt nok, som igjen medfører større resurstap for kommunene på sikt med tanke på sykefravær og mer omfattende behov for tjenester senere (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). Kommunene kjøper gjerne tjenester fra private aktører eller andre kommuner, uten at det inngås avtaler som medfører at man ikke nødvendigvis er sikret tilgang til tjenesten ved behov (KPMG, 2020). Det er også en utfordring at logopeder ansettes i små deltidsstillinger, som gir redusert kapasitet i tjenesten (KPMG, 2020).

Årsakene til denne reduserte og manglende kapasiteten var, ifølge dokumentene, finansielle og organisatoriske. For enkelte pasientgrupper, som for eksempel slagrammede personer med afasi, er det helt nødvendig med rask tilgang og oppfølging av logoped for å utvikle eller få tilbake nødvendige funksjoner knyttet til språket (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). I dokumentene fremkom det at regjeringen vil starte opp et arbeid for å tydeligere definere roller og ansvar for logopedtjenester innen rehabiliterings- og habiliteringsfeltet (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). Dette på grunnlag av utviklingen som antas å øke behovet for logopedtjenester fremover.

4.2 Resultater fra spørreundersøkelsen

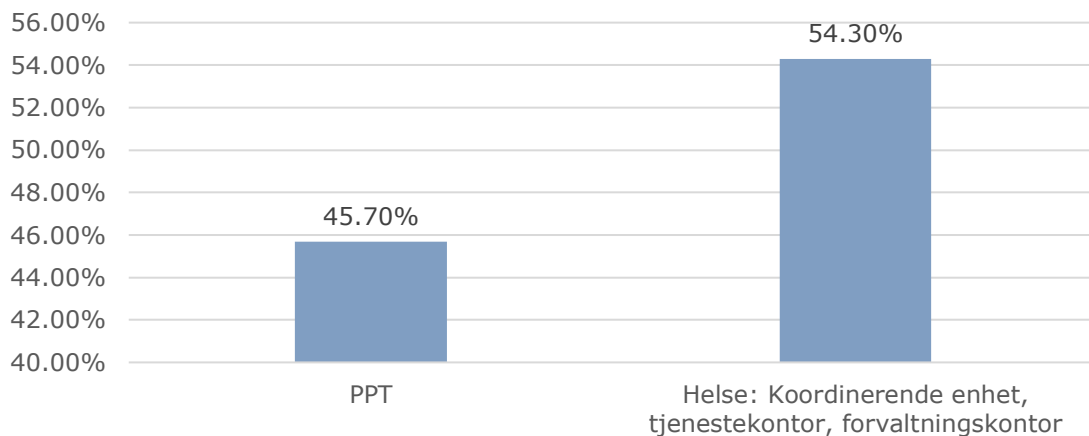
I de påfølgende avsnittene presenterer vi resultatene fra spørreundersøkelsen. I førstkommande avsnitt presenteres resultater fra frekvensanalyser, og i avsnitt 4.2.2 presenteres resultater fra krysstabulering, samt tilhørende signifikanstesting og effektstørrelse.

4.2.1 Frekvensfordeling

Totalt fikk vi inn 70 av 200 svar på spørreundersøkelsen, som tilsvarer en svarprosent på 35 %. Se vedlegg 6 for fullstendig rapport med frekvenser fra Nettskjema. Resultatene blir fremstilt i stolpediagram for å lettere synliggjøre resultatene for leseren, med forklarende tekst til hver figur. Antall (n) blir opplyst i parentes i teksten.

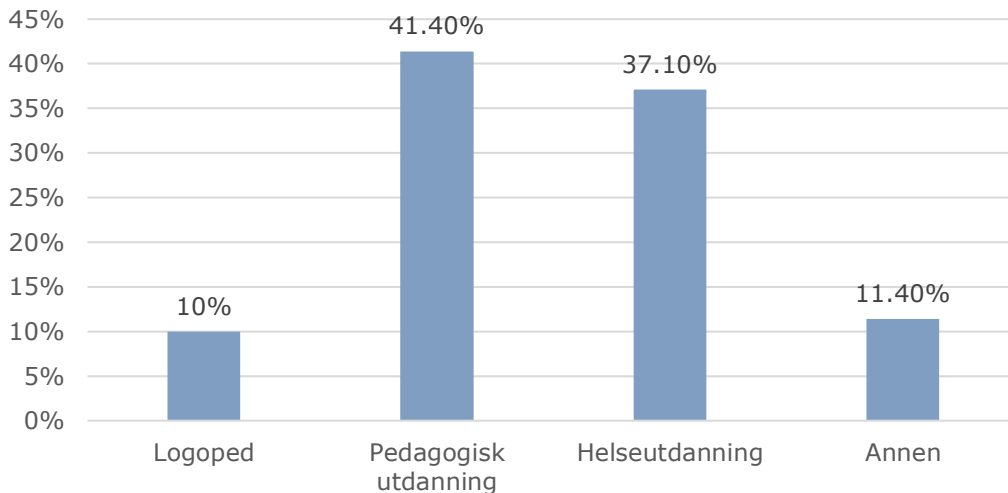
45,7 % (n=32) av deltakerne er ansatt i PPT, og 54,3 % (n=38) er ansatt i helse ved koordinerende enhet, tjenestekontor, eller forvaltningskontor. Fordelingen av informanter på de to representerte tjenestene er visualisert i figur 4.1 under.

Figur 4.1 Hvor er du ansatt?



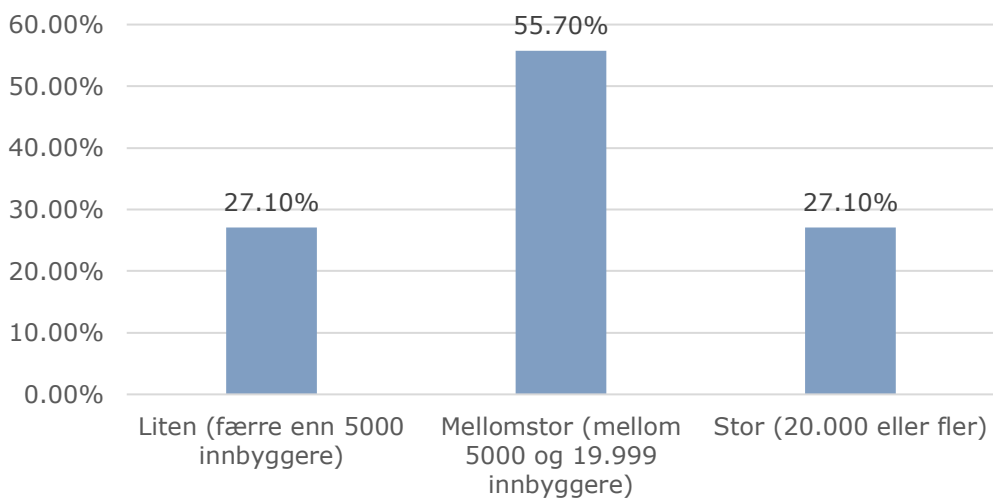
Utdanningen til deltagerne er vist i figur 4.2. For enkelhets skyld har vi slått sammen pedagogiske utdanninger (lærer, spesialpedagog, pedagog, leder, rådgiver og førskolelærer), og helseutdanninger (sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut). 41,4 % (n=29) av deltagerne hadde en pedagogisk utdanning, og 37,1 % (n=26) hadde utdanning innen helse. Det er syv logopedes som har svart på undersøkelsen, dette utgjør 10 %. 11,4 % (n=8) har svart at de har en annen utdanning. Dette var to barnevernspedagoger, en helsefagarbeider, to sosionomer, og to vernepleiere.

Figur 4.2 Utdanning



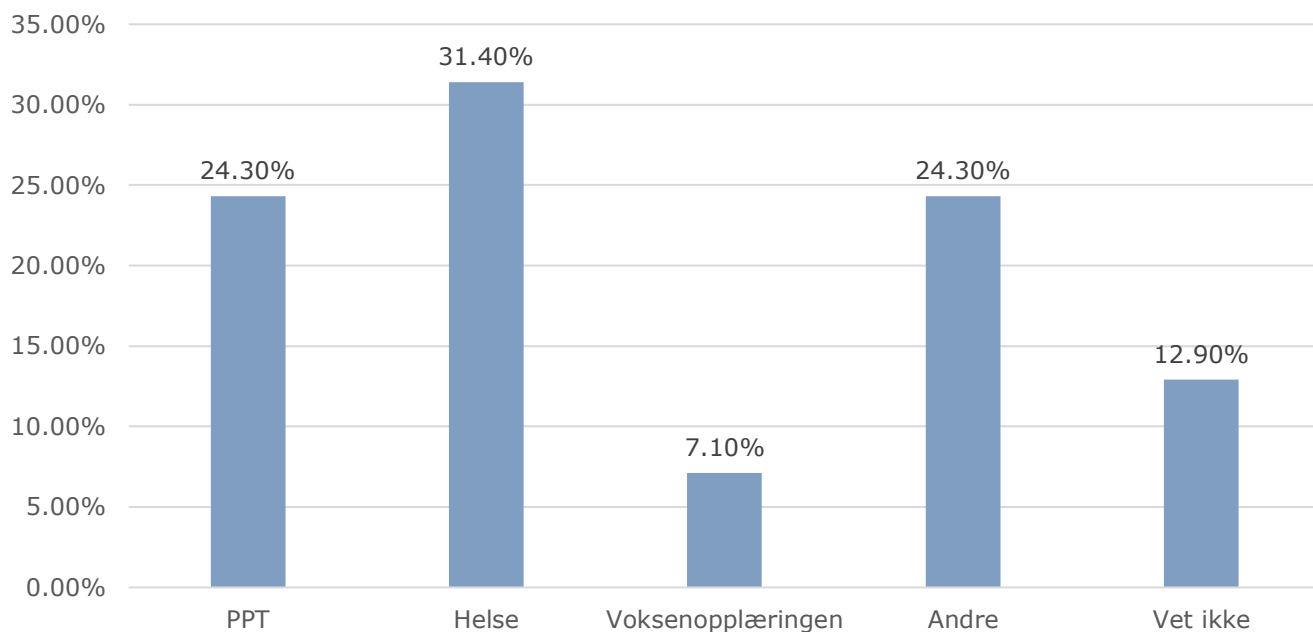
27,1 % (n=19) av de deltagende kommunene er en liten kommune med 5000 eller færre innbyggere. 55,7 % (n=39) er mellomstore kommuner med mellom 5000 og 19.999 innbyggere, og 17,1 % (n=12) er store kommuner med 20.000 eller flere innbyggere. Figur 4.3 viser denne fordelingen på kommunestørrelse.

Figur 4.3 Kommunestørrelse



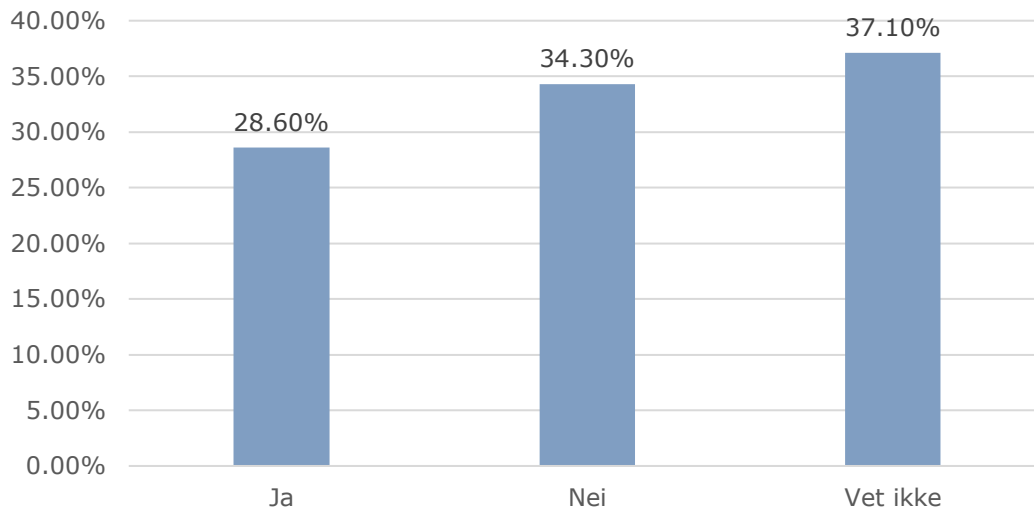
Figur 4.4 viser resultatene på spørsmålet om hvem som har ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag i respondentens kommune. 24,3 % (n=17) av respondentene svarte at PPT har ansvaret for tildelingen, 31,4 % (n=22) svarte at helse (koordinerende enhet, tjenestekontor, eller forvaltningskontor) har ansvaret, og 7,1 % (n=5) svarte voksenopplæringen. 24,3 % (n=17) svarer at det er andre som har ansvaret for tildeling, mens 12,9 % (n=9) svarer vet ikke.

Figur 4.4 Ansvar for tildeling av språklig rehabilitering



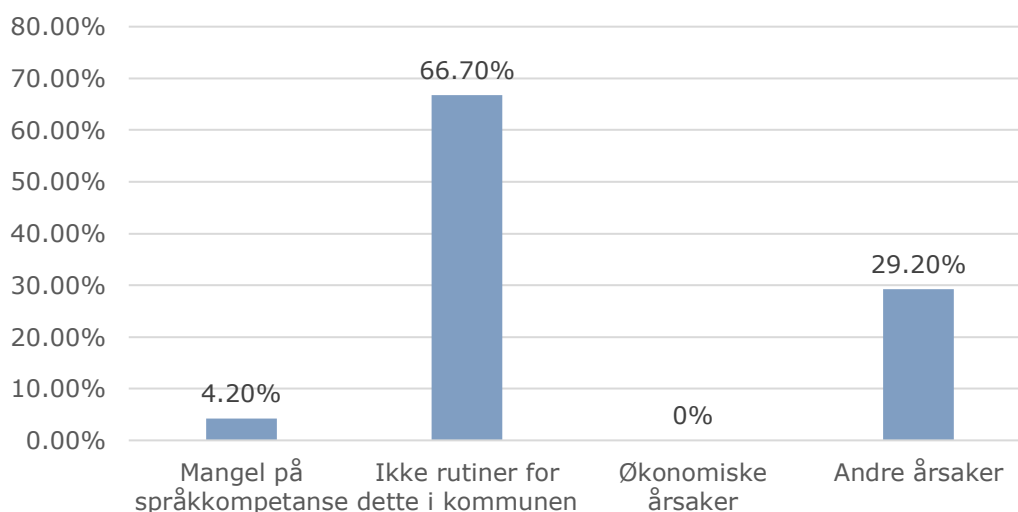
Figur 4.5 viser andelen respondenter som svarer ja, nei eller vet ikke på spørsmålet om det blir utarbeidet en sakkyndig vurdering. 28,6 % (n=20) av respondentene svarte at personer med afasi etter hjerneslag får utarbeidet sakkyndig vurdering som omfatter språkvanskene, mens 34,3 % (n=24) svarte at de ikke får det. 37,1 % (n=26) svarte vet ikke.

Figur 4.5 Utarbeidelse av sakkyndig vurdering



Respondentene som svarte nei på spørsmålet om personer med afasi får utarbeidet sakkyndig vurdering som omfatter språkvanskene, fikk oppfølgingsspørsmål om hvorfor ikke. Resultatet er presentert i figur 4.6. Flesteparten av respondentene, 66,7 % (n=16), svarte at det ikke er rutiner for dette i kommunen. 4,2 % (n=1) svarte at det var på grunn av mangel på språkkompetanse.

Figur 4.6 Hvorfor blir det ikke utarbeidet sakkyndig vurdering?



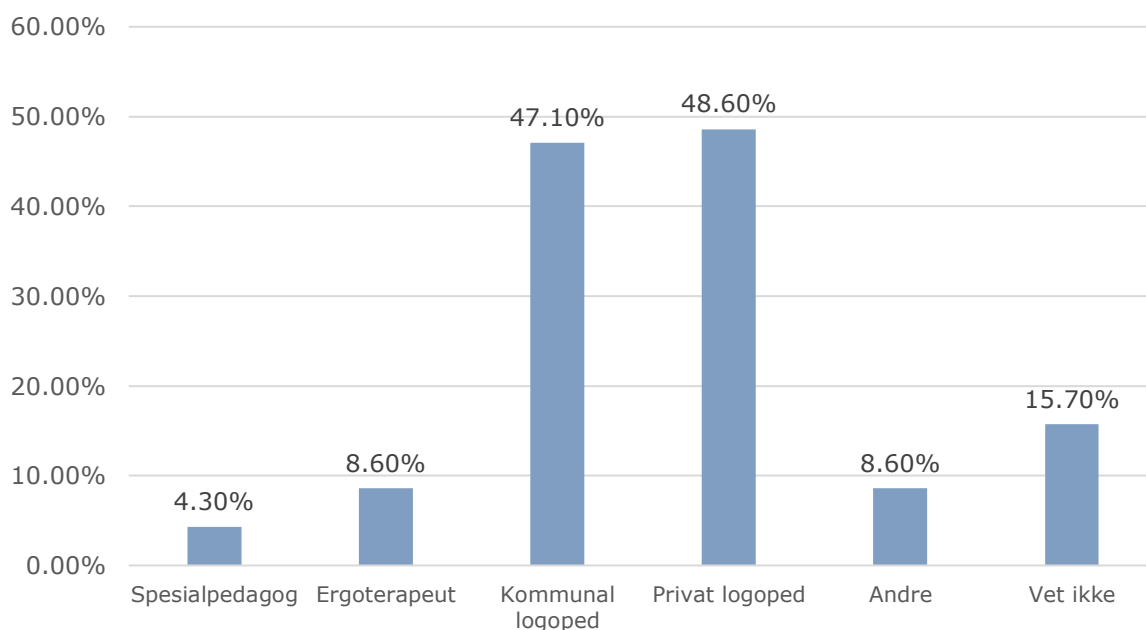
29,2 % (n=7) svarte at det er andre årsaker til at det ikke blir utarbeidet en sakkyndig vurdering som omfatter språkvanskene. De andre årsakene som kom frem, er presentert i tabell 4.1.

Tabell 4.1 Andre årsaker til at det ikke skrives sakkyndig vurdering

Andre årsaker:
<ul style="list-style-type: none"> • Vi skriver sakkyndig vurdering hvis personen er henvist oss og trenger opplæring på grunnskolens område. Hvis ikke er det fastlegen som henviser til privat logoped.
<ul style="list-style-type: none"> • Det tar for lang tid å behandle akutte saker.
<ul style="list-style-type: none"> • Fortløpende vurdering. Hvem skal fatte disse vedtakene?
<ul style="list-style-type: none"> • Logoped får henvisning fra helseforetak og logoped vurderer og lager vedtak selv utfra dette.
<ul style="list-style-type: none"> • Leder i dialog med statsforvalter valgte å knytte det til behandling.
<ul style="list-style-type: none"> • Vi sender de til privat logoped pga. manglende tilbud i egen kommune.
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeides av logoped/usikker.

Figur 4.7 viser fordelingen av svar på hvem som har ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering i kommunen. Resultatene viste at det var jevnt fordelt om det var privat logoped (48,6 %, n=34) eller kommunal logoped (47,1 %, n=33) som har ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag. 4,3 % (n=3) svarte spesialpedagog, og 8,6 % (n=6) svarte ergoterapeut. 15,7 % (n=11) svarte vet ikke, og 8,6 % (n=6) svarte at det er andre som har ansvaret for gjennomføring.

Figur 4.7 Ansvar for gjennomføring av språklig rehabilitering



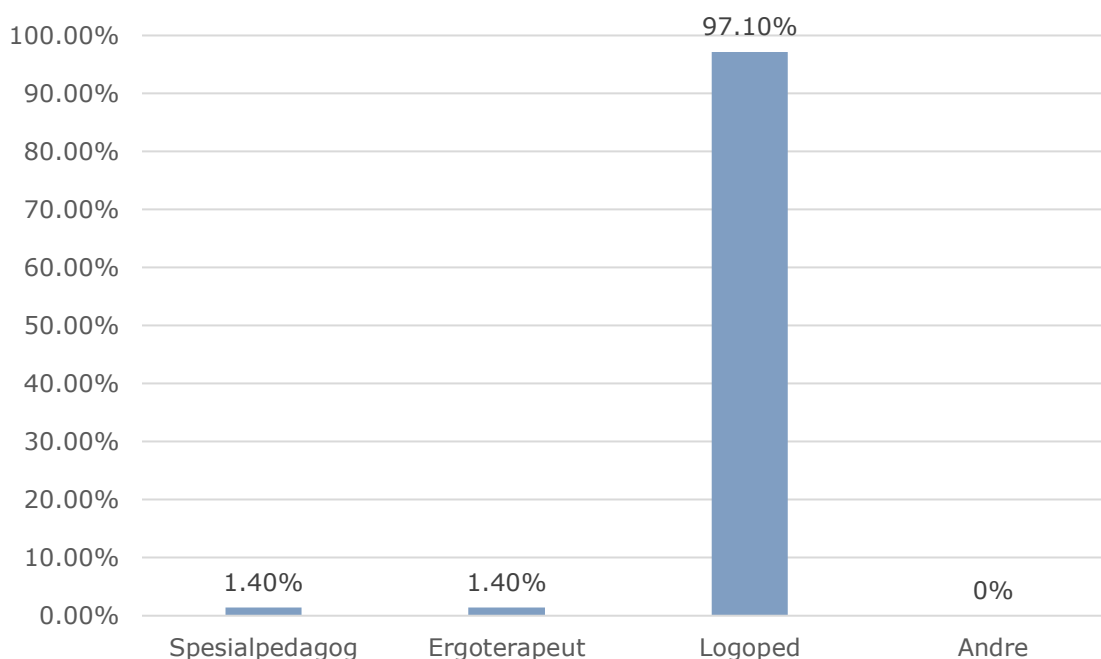
Respondentene som svarte andre, fikk oppfølgingsspørsmål om hvem andre som har ansvar for gjennomføringen. Svarene er presentert i tabell 4.2 under.

Tabell 4.2 Andre som har ansvar for gjennomføring av språklig rehabilitering

Hvem andre har ansvaret for gjennomføringen?
• Kommunalt ansatt logoped eller privatpraktiserende logoped.
• Kommunen har ikke ansatt logoped, men har avtale med privatpraktiserende som vi kan henvise til.
• På institusjon, sykepleier.
• Lærer på voksenopplæringen under veiledning fra logoped.
• Helsepersonell med veiledning fra privat logoped.
• Utøvende logopeder ansatt i opplæringstjenesten.

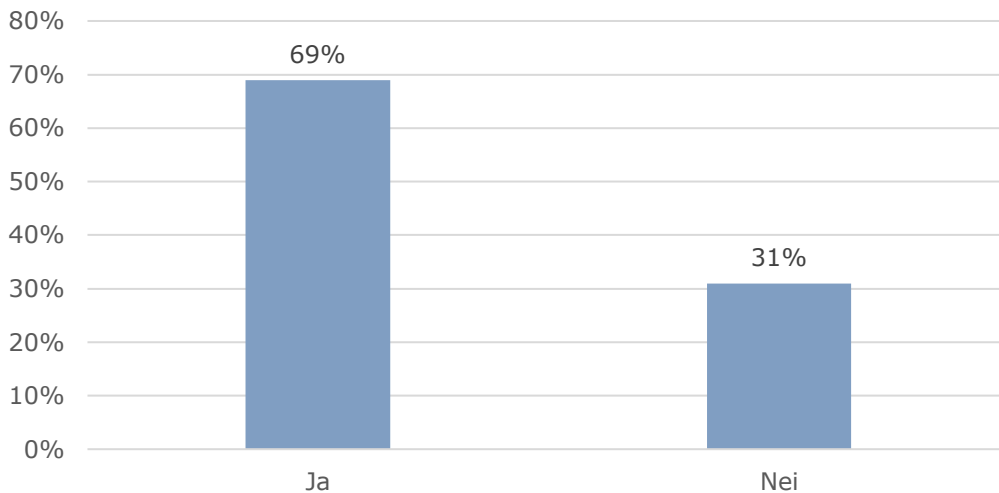
Figur 4.8 viser resultatet fra spørsmålet om hvem som burde hatt ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering. Så godt som alle (97,1 %, n=68) respondentene svarte at logopeden burde hatt ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag. 1,4 % (n=1) svarte spesialpedagog, og 1,4 % (n=1) svarte ergoterapeut.

Figur 4.8 Hvem burde hatt ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering



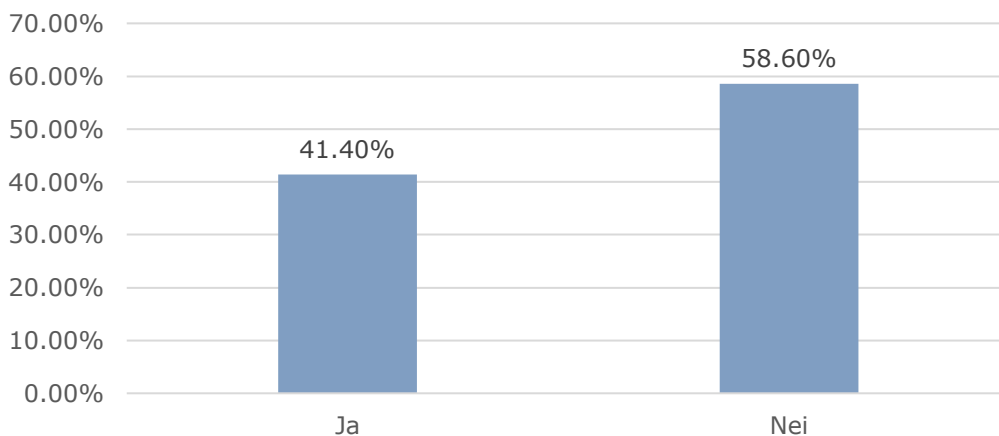
Figur 4.9 viser om respondentene som svarte at kommunen ikke har ansatt logoped, mente at det er behov for at kommunen ansetter egen logoped eller ikke. 2/3 (69 %, n=20) av respondentene som svarte at kommunen ikke har ansatt egen logoped, mener at det er behov for at kommunen ansetter egen logoped, mens 31 % (n=9) mener at det ikke er behov for det.

Figur 4.9 Behov for logoped i kommunen



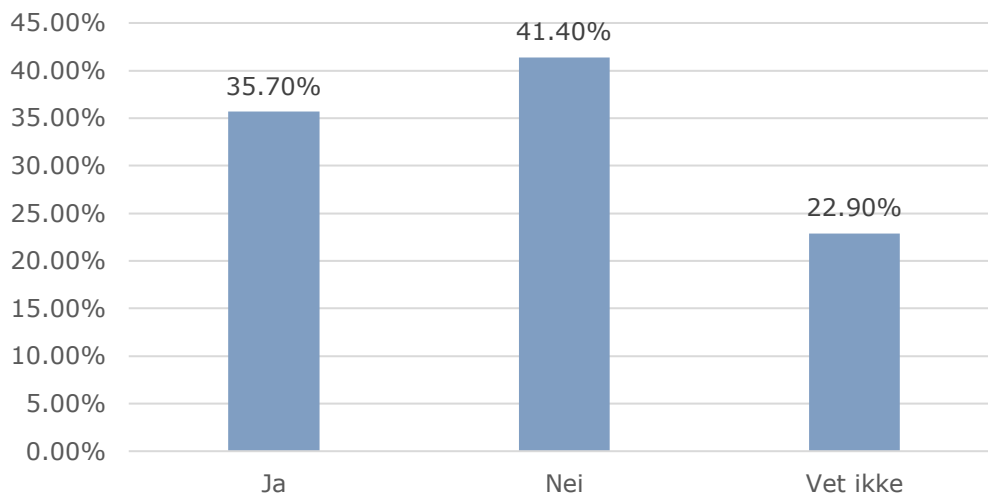
Figur 4.10 presenterer svarene på spørsmålet om det jobbes tverrfaglig i kommunen med tanke på språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag. 58,6 % (n=41) av respondentene svarte at det ikke jobbes tverrfaglig i kommunen, mens 41,4 % (n=29) svarte at det jobbes tverrfaglig. Yrkesgruppene det i høyest grad samarbeides med er logopedier (89,7 %, n=26), ergoterapeuter (89,7 %, n=26), fysioterapeuter (86,2 %, n=25), og sykepleiere (79,3 %, n=23). Det samarbeides i mindre grad med spesialpedagoger (27,6 %, n=8), audiopedagoger (6,9 %, n=2), og rådgivere (10,3 %, n=3).

Figur 4.10 Tverrfaglighet i kommunen



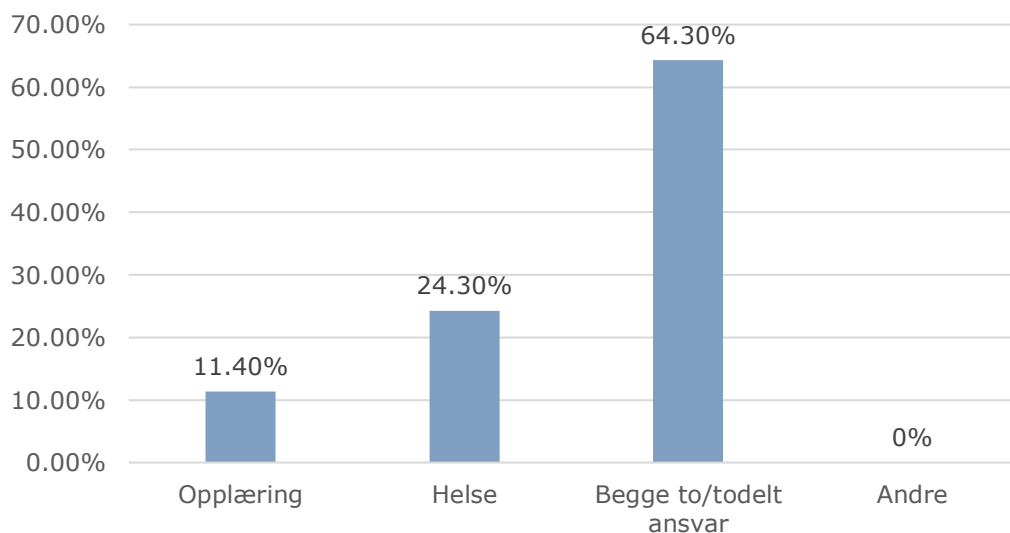
Figur 4.11 viser respondentenes svar på om helse- og opplæringssektoren samarbeider i deres kommune med tanke på logopedbehandling til personer med afasi etter hjerneslag. 35,7 % (n=25) av respondentene svarer at sektorene samarbeider innad i kommunen. 41,4 % (n=29) svarte at de ikke samarbeider i deres kommune, og 22,9 % (n=16) svarte vet ikke.

Figur 4.11 Samarbeid mellom sektorene i kommunen



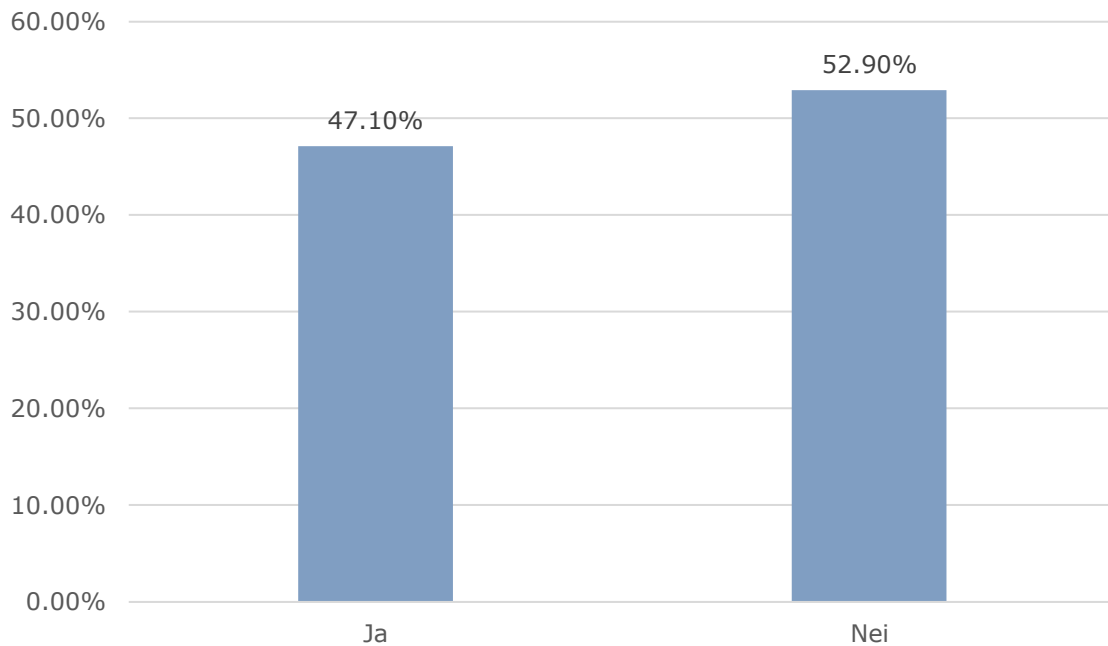
Figur 4.12 viser respondentenes mening på hvor ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag burde ligge. De fleste respondentene, 64,3 % (n=45), mener at ansvaret burde være et todelt ansvar mellom opplærings- og helsesektoren. 11,4 % (n=8) mener ansvaret burde ligge under opplærings, mens 24,3 % (n=17) mener ansvaret burde ligge under helse.

Figur 4.12 Hvor bør ansvaret for språklig rehabilitering ligge?



Figur 4.13 viser respondentenes mening på om det i deres kommune er klart og tydelig hvem som har ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag. 47,1 % (n=33) av respondentene mener det er klart og tydelig i deres kommune, mens 52,9 % (n=37) mener det ikke er tydelig i deres kommune.

Figur 4.13 Er det tydelig hvem som har ansvaret i kommunen?



4.2.2 Sammenligning på tvers av instanser og kommunestørrelser

I de følgende avsnittene vil vi presentere resultatene fra krysstabuleringen i SPSS. Med krysstabellene sammenlignet vi frekvensfordelingen mellom variablene PPT og tjenestekontor, og mellom variablene innen kommunestørrelse (liten, mellomstor, og stor). Resultatene blir fremstilt i krysstabeller med forklarende tekst.

4.2.2.1 PPT og tjenestekontor

Tabell 4.3 viser svarene fra respondentene fra PPT og tjenestekontor på spørsmålet om arbeidsplassen har fastsatte retningslinjer for språklig rehabilitering for personer med afasi etter hjerneslag. 37,5 % av respondentene fra PPT svarte at de har fastsatte retningslinjer for språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag, mens 56,3 % av de samme respondentene svarte at de ikke har det. 6,3 % vet ikke om de har fastsatte retningslinjer.

I helsesektoren svarte 15,8 % at de har fastsatte retningslinjer for språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag, mens 63,2 % svarer at de ikke har det. 21,1 % vet ikke hvorvidt de har retningslinjer.

Det ble funnet en statistisk signifikans på 5 % ($p=0,05$) mellom variablene, med en moderat effektstørrelse ($r=0,29$).

Tabell 4.3 Fastsatte retningslinjer for språklig rehabilitering

		PPT	Tjenestekontor	Totalt
Ja	Antall	12	6	18
	%	37,5	15,8	25,7
Nei	Antall	18	24	42
	%	56,3	63,2	60
Vet ikke	Antall	2	8	10
	%	6,3	21,1	14,3
Totalt	Antall	32	38	70
	%	100	100	100
Kjikkvadratverdi				5,99
Frihetsgrader				2
P (sig.)				0,05
Cramers V				0,29

Tabell 4.4 viser svarene fra respondentene fra PPT og helse på spørsmålet om hvilke retningslinjer som ligger til grunn for deres vurdering av logopedbehandling til personer med afasi etter hjerneslag. Hovedandelen, 46,9 %, av PPTs respondenter svarte at Opplæringsloven ligger til grunn for deres vurdering av logopedbehandling til personer med afasi etter hjerneslag. 6,3 % svarte Folketrygdloven, og 6,3 % svarte Helse- og omsorgsloven. 3,10 % svarte andre, mens 15,6 % svarte vet ikke. På dette spørsmålet hadde respondentene mulighet til å krysse av på flere svaralternativer om de hadde flere enn en lov som lå til grunn for vurderingene deres. 12,5 % i PPT svarte både Opplæringsloven og Helse- og omsorgsloven, 3,1 % svarte Opplæringsloven og Folketrygdloven, og 6,3 % svarte Folketrygdloven og Helse- og omsorgsloven.

I helsesektoren svarte de fleste respondentene, 42,1 %, at Helse- og omsorgsloven ligger til grunn for deres vurdering av logopedbehandling til personer med afasi etter hjerneslag. 7,9 % svarte Opplæringsloven, 2,6 % svarte Folketrygdloven, 0 % svarte andre, og 21,1 % svarte vet ikke. 18,4 % svarte både Opplæringsloven og Helse- og omsorgsloven, 5,3 % svarte både Opplæringsloven og Folketrygdloven, og 2,6 % svarte Opplæringsloven, Helse- og omsorgsloven og Folketrygdloven.

Det ble funnet en statistisk signifikans på 0,2 % ($p=0,002$) mellom variablene, med en sterk effektstørrelse ($r=0,59$).

Tabell 4.4 Retningslinjer som ligger til grunn for vurdering av logopedbehandling

		PPT	Tjenestekontor	Totalt
Opplæringsloven (OL)	Antall	15	3	18
	%	46,9	7,9	25,7
Folketrygdloven (FL)	Antall	2	1	3
	%	6,3	2,6	4,3
Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL)	Antall	2	16	18
	%	6,3	42,1	25,7
Andre	Antall	1	0	1
	%	3,1	0	1,4
Vet ikke	Antall	5	8	13
	%	15,6	21,1	18,6
OL og HOL	Antall	4	7	11
	%	12,5	18,4	15,7
OL og FL	Antall	1	2	3
	%	3,1	5,3	4,3
FL og HOL	Antall	2	0	2
	%	6,3	0	2,9
OL, FL og HOL	Antall	0	1	1
	%	0	2,6	1,4
Totalt	Antall	32	38	70
	%	100	100	100
Kjikkvadratverdi				24,7
Frihetsgrader				8
P (sig.)				0,002
Cramers V				0,59

Tabell 4.5 viser svarene fra respondentene fra PPT og tjenestekontor på spørsmålet om hvem som burde hatt ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag. 18,8 % av respondentene fra PPT mener at PPT burde ha ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag, mens 65,6 % mener helse burde ha dette ansvaret. 15,6 % mener andre burde ha ansvaret. På andre svar fra PPT kommer det frem disse svarene: både helse og skole/PPT (3,1 %), opplæringstjenesten (3,1 %), rehabiliteringskoordinator (3,1 %), og usikker/vet ikke (6,2 %).

31,6 % av respondentene fra helsesektoren mener PPT burde ha ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering, mens 50 % mener at helsesektoren burde ha dette ansvaret. 18,4 % mener andre burde ha ansvaret for tildelingen. Av respondentene som har svart andre, er det 7,8 % som har svart at fastlegen burde ha ansvaret for tildeling, 2,6 % har svart lege og logoped, 2,6 % svarte logopedtjenesten, 2,6 % svarte spesialhelsetjenesten, og 2,6 % svarte at det er «fint at det ikke trengs tildeling, men at en har direkte tilgang, så lenge kommunen har logopeder nok».

Tabell 4.5 Hvem burde hatt ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering?

		PPT	Tjenestekontor	Totalt
PPT	Antall	6	12	18
	%	18,8	31,6	25,7
Helsesektoren (tjenestekontor, forvaltningskontor, koordinerende enhet)	Antall	21	19	40
	%	65,6	50	57,1
Andre	Antall	5	7	12
	%	15,6	18,4	17,1
Totalt	Antall	32	38	70
	%	100	100	100
Kjikkvadratverdi				1,93
Frihetsgrader				2
P (sig.)				0,38 (større enn 0,05)

Tabell 4.6 viser svarene fra respondentene fra PPT og helse på spørsmålet om personer med afasi etter hjerneslag får vedtak om språklig rehabilitering. 31,3 % av respondentene i PPT svarer at personer med afasi etter hjerneslag får vedtak om språklig rehabilitering, mens 21,9 % svarer at de ikke får vedtak. 46,9 % svarer vet ikke.

21,1 % av respondentene i helsesektoren svarer at personer med afasi etter hjerneslag får vedtak på språklig rehabilitering, mens 39,5 % svarer at de ikke får det. 39,5 % svarer vet ikke.

Tabell 4.6 Vedtak om språklig rehabilitering

		PPT	Tjenestekontor	Totalt
Ja	Antall	10	8	18
	%	31,3	21,1	25,7
Nei	Antall	7	15	22
	%	21,9	39,5	31,4
Vet ikke	Antall	15	15	30
	%	46,9	39,5	42,9
Totalt	Antall	32	38	70
	%	100	100	100
Kjikkvadratverdi				2,63
Frihetsgrader				2
P (sig.)				0,27 (større enn 0,05)

Til respondentene som svarte ja på forrige spørsmål, ble oppfølgingsspørsmålet på hvilken bakgrunn vedtaket blir fattet av stilt. Tabell 4.7 presenterer svarene fra PPT og tjenestekontor på dette spørsmålet. Flesteparten av PPTs respondenter (70 %) svarte at vedtak blir fattet på bakgrunn av sakkyndig vurdering. 20 % svarte på bakgrunn av epikrise, mens 10 % svarte på bakgrunn av henvisning fra fastlege. I helsesektoren, svarte flesteparten av respondentene (62,5 %) som hadde svart ja på forrige spørsmål, at vedtak blir fattet på bakgrunn av epikrise. 12,5 % svarte logopedrapport, 12,5 % svarte sakkyndig vurdering, og 12,5 % svarte annet.

Tabell 4.7 Bakgrunn for vedtak

		PPT	Tjenestekontor	Totalt
Epikrise fra spesialhelsetjenesten	Antall	2	5	7
	%	20	62,5	38,9
Henvisning fra fastlege	Antall	1	0	1
	%	10	0	5,6
Logopedrapport	Antall	0	1	1
	%	0	12,5	5,6
Sakkyndig vurdering	Antall	7	1	8
	%	70	12,5	44,4
Annet	Antall	0	1	1
	%	0	12,5	5,6
Totalt	Antall	10	8	18
	%	100	100	100
Kjikkvadratverdi				8,67
Frihetsgrader				4
P (sig.)				0,07 (større enn 0,05)

Tabell 4.8 viser meningene til respondentene fra PPT og tjenestekontor på spørsmålet om hvem de mente burde ha ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag. 59,4 % av PPTs respondenter mente at ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag burde være både opplæring- og helsesektorens ansvar. 9,4 % mente at ansvaret burde ligge under opplæring, mens 31,3 % mente ansvaret burde ligge under helse.

68,4 % av respondentene fra helsesektoren mente at ansvaret burde være todelt, både opplæring- og helsesektoren. 13,2 % mente ansvaret burde ligge under opplæring, mens 18,4 % mente ansvaret burde ligge under helse.

Tabell 4.8 Hvor bør ansvaret for den språklige rehabiliteringen ligge?

		PPT	Tjenestekontor	Totalt
Opplæring	Antall	3	5	8
	%	9,4	13,2	11,4
Helse	Antall	10	7	17
	%	31,3	18,4	24,3
Begge/todelt ansvar	Antall	19	26	45
	%	59,4	68,4	64,3
Totalt	Antall	32	38	70
	%	100	100	100
Kjikkvadratverdi				1,62
Frihetsgrader				2
P (sig.)				0,45 (større enn 0,05)

Tabell 4.9 viser meningene til respondentene fra PPT og tjenestekontor på spørsmålet om det er klart og tydelig i deres kommune hvem som har ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag. 53,1 % av PPTs respondenter mener det er klart og tydelig hvem som har ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag i kommunen sin, mens 46,9 % mener dette ikke er tydelig nok i kommunen.

42,1 % av respondentene fra helsesektoren mener det er klart og tydelig hvem som har ansvaret i kommunen sin, mens 57,9 % mener dette ikke er tydelig nok i kommunen.

Tabell 4.9 Er det tydelig hvem som har ansvaret for den språklige rehabiliteringen

		PPT	Tjenestekontor	Totalt
Ja	Antall	17	16	33
	%	53,1	42,1	47,1
Nei	Antall	15	22	37
	%	46,9	57,9	52,9
Totalt	Antall	32	38	70
	%	100	100	100
Kjikkvadratverdi				0,85
Frihetsgrader				2
P (sig.)				0,36 (større enn 0,05)

4.2.2.2 Kommunestørrelse

Tabell 4.10 viser svarene på spørsmålet om kommunen har ansatt egen logoped, fordelt på kommunestørrelse. 42,1 % av de små kommunene har ansatt egen logoped, mens 57,9 % har ikke det. 46,2 % av de mellomstore kommunene har ansatt egen logoped, 46,2 % har ikke det, mens 7,7 % har svart vet ikke. Alle respondenter (100%) fra de store kommunene har svart at de har ansatt egen logoped i kommunen.

Det ble funnet en statistisk signifikans på 0,6 % ($p=0,006$) mellom variablene, med en moderat effektstørrelse ($r=0,32$).

Tabell 4.10 Ansatt logoped i kommunen

		Liten	Mellomstor	Stor	Totalt
Ja	Antall	8	18	12	38
	%	42,1	46,2	100	54,3
Nei	Antall	11	18	0	29
	%	57,9	46,2	0	41,4
Vet ikke	Antall	0	3	0	3
	%	0	7,7	0	4,3
Totalt	Antall	19	39	12	70
	%	100	100	100	100
Kjikkvadratverdi					14,42
Frihetsgrader					4
P (sig.)					0,006
Cramers V					0,32

Respondentene som svarte nei på forrige spørsmål om kommunen hadde ansatt logoped, ble stilt oppfølgingsspørsmål om kommunen har avtale med privatpraktiserende logoped. Resultatet er presentert i tabell 4.11. Av de små kommunene var det 36,4 % som har avtale med privatpraktiserende logoped, 45,5 % har ikke det, og 18,2 % svarte vet ikke. Av de mellomstore kommunene er det 66,7 % som har avtale med privatpraktiserende logoped, 27,8 % har ikke det, og 5,6 % svarte vet ikke.

Tabell 4.11 Avtale med privatpraktiserende logoped

		Liten	Mellomstor	Totalt
Ja	Antall	4	12	16
	%	36,4	66,7	55,2
Nei	Antall	5	5	10
	%	45,5	27,8	34,5
Vet ikke	Antall	2	1	3
	%	18,2	5,6	10,3
Totalt	Antall	11	18	29
	%	100	100	100
Kjikkvadratverdi				2,81
Frihetsgrader				2
P (sig.)				0,25 (større enn 0,05)

Respondentene som svarte at de ikke har ansatt egen logoped i kommunen, fikk oppfølgingsspørsmål om de mener det er behov for at kommunen ansetter egen logoped. Resultatet er presentert i tabell 4.12. Her svarte 72,7 % av de små kommunene at det er behov for det, mens 27,3 % svarte at det ikke er behov for det. 66,7 % av de mellomstore kommunene mente det er behov for at kommunen ansetter egen logoped, mens 33,3 % mente at det ikke er behov for det.

Tabell 4.12 Behov for ansettelse av logoped i kommunen

		Liten	Mellomstor	Totalt
Ja	Antall	8	12	20
	%	72,7	66,7	69
Nei	Antall	3	6	9
	%	27,3	33,3	31
Totalt	Antall	11	18	29
	%	100	100	100
Kjikkvadratverdi				0,12
Frihetsgrader				1
P (sig.)				0,73 (større enn 0,05)

Tabell 4.13 viser svarene på spørsmålet om det finnes et rehabiliteringsteam i kommunen, fordelt på kommunestørrelse. 57,9 % av respondentene fra de små kommunene svarer at de har et rehabiliteringsteam i kommunen, 21,1 % sier de ikke har det, og 21,1 % svarer vet ikke. Av de mellomstore kommunene er det 43,6 % som svarer at de har et rehabiliteringsteam i kommunen, 33,3 % sier de ikke har det, og 23,1 % svarer vet ikke. Halvparten (50 %) av de store kommunene svarer at de har et rehabiliteringsteam, 16,7 % sier de ikke har det, og 33,3 % svarer vet ikke.

Tabell 4.13 Rehabiliteringsteam i kommunen

		Liten	Mellomstor	Stor	Totalt
Ja	Antall	11	17	6	34
	%	57,9	43,6	50	48,6
Nei	Antall	4	13	2	19
	%	21,1	33,3	16,7	27,1
Vet ikke	Antall	4	9	4	17
	%	21,1	23,1	33,3	24,3
Totalt	Antall	19	39	12	70
	%	100	100	100	100
Kjikkvadratverdi					2,35
Frihetsgrader					4
P (sig.)					0,67 (større enn 0,05)

Tabell 4.14 viser svarene på spørsmålet om personer med afasi etter hjerneslag får tilbud om logoped etter hjemkomst fra sykehuset, fordelt på kommunestørrelser. 15,8 % av de små kommunene svarer at personer med afasi etter hjerneslag får tilbud om logoped innen en uke fra de kommer hjem fra sykehus. 31,6 % svarer at de får tilbud innen en måned, og 10,5 % svarer at de ikke får tilbud. 42,1 % svarer vet ikke. 10,3 % av de mellomstore kommunene svarer at de får tilbud om logoped innen en uke, 20,5 % svarer innen en måned, og 5,1 % svarer at de ikke får tilbud. 64,1 % svarer vet ikke. Av de store kommunene svarer 16,7 % at personer med afasi etter hjerneslag får tilbud om logoped innen en uke, 33,3 % svarer innen en måned, og 8,3 % svarer innen 3-6 måneder. 8,3 % sier de ikke får tilbud, og 33,3 % svarer vet ikke.

Tabell 4.14 Tilbud om logoped etter hjemkomst fra sykehus

		Liten	Mellomstor	Stor	Totalt
Ja, innen en uke	Antall	3	4	2	9
	%	15,8	10,3	16,7	12,9
Ja, innen en måned	Antall	6	8	4	18
	%	31,6	20,5	33,3	25,7
Ja, innen 3-6 måneder	Antall	0	0	1	1
	%	0	0	8,3	1,4
Nei, får ikke tilbud	Antall	2	2	1	5
	%	10,5	5,1	8,3	7,1
Vet ikke	Antall	8	25	4	37
	%	42,1	64,1	33,3	52,9
Totalt	Antall	19	39	12	70
	%	100	100	100	100
Kjikkvadratverdi					9
Frihetsgrader					8
P (sig.)					0,34 (større enn 0,05)

Respondentene som svarte at personer med afasi etter hjerneslag får et tilbud om logoped etter hjemkomst fra sykehus, fikk oppfølgingsspørsmål om hvor mange timer de får tildelt. Resultatet er presentert i tabell 4.15. 55,6 % av de små kommunene svarer at de får 1 time med logoped per uke, 33,3 % svarer at de får 3 timer per uke, og 11,1 % svarer 5 timer per uke. Halvparten av de mellomstore kommunene svarer at de får 1 time per uke med logoped, 41,7 % svarer 3 timer per uke, og 8,3 % svarer 5 timer per uke. Av de store kommunene er det 71,4 % som svarer at personer med afasi etter hjerneslag får 1 time per uke med logoped. 14,3 % svarer 3 timer per uke, og 14,3 % svarer mer enn 5 timer per uke.

Tabell 4.15 Antall tildelte timer logopedbehandling

		Liten	Mellomstor	Stor	Totalt
1 time per uke	Antall	5	6	5	16
	%	55,6	50	71,4	57,1
3 timer per uke	Antall	3	5	1	9
	%	33,3	41,7	14,3	32,1
5 timer per uke	Antall	1	1	0	2
	%	11,1	8,3	0	7,1
Mer enn 5 timer per uke	Antall	0	0	1	1
	%	0	0	14,3	3,6
Totalt	Antall	9	12	7	28
	%	100	100	100	100
Kjikkvadratverdi					5,12
Frihetsgrader					6
P (sig.)					0,53 (større enn 0,05)

Respondentene som svarte at personer med afasi etter hjerneslag får under 5 timer i uka på forrige spørsmål, fikk oppfølgingsspørsmål om hva årsaken til dette er. Resultatet er presentert i tabell 4.16. 62,5 % av de små kommunene svarte at det er mangel på logopedressurs som fører til at personer med afasi får tilbud om mindre enn 5 timer logopedbehandling i uka. 37,5 % svarer at personene ikke ønsker flere timer eller at de har for dårlig helsetilstand. 90,9 % av de mellomstore kommunene svarer at det er mangel på logopedressurs som er årsaken, mens 9,1 % svarer at personene ikke ønsker flere timer eller har for dårlig helsetilstand. 83,3 % av de store kommunene svarer at det er mangel på logopedressurs som er årsaken, mens 16,7 % svarer at personene ikke ønsker flere timer eller har for dårlig helsetilstand.

Tabell 4.16 Årsak til under 5 timer logopedbehandling i uka

		Liten	Mellomstor	Stor	Totalt
Mangel på logopedressurs	Antall	5	10	5	20
	%	62,5	90,9	83,3	80
Personen ønsker ikke flere timer, eller har for dårlig helsetilstand	Antall	3	1	1	5
	%	37,5	9,1	16,7	20
Totalt	Antall	8	11	6	25
	%	100	100	100	100
Kjikkvadratverdi		2,39			
Frihetsgrader		2			
P (sig.)		0,30 (større enn 0,05)			

5 Drøfting

Målet med masteroppgaven har vært å se på organiseringen av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag. Vi har valgt å dele drøftingen inn etter temaer som resultatene tilsier er de viktigste og mest relevante.

Her vil vi knytte funnene i oppgaven opp mot relevant teori for å kunne besvare problemstillingen:

«Hvordan organiseres den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag i norske kommuner?»

5.1 Organisering av språklig rehabilitering i norske kommuner

I dette avsnittet drøfter vi ansvarsfordeling og organisering i kommunene av den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag.

5.1.1 Todelt organisering og ansvarsfordeling

Både opplærings- og helsesektoren har et ansvar for rehabiliteringen til personer med afasi, men på forskjellig lovgrunnlag (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, (2017-2019)). Denne todelt organiseringen av ansvaret mener Becker (2014) er roten til at personer med afasi ikke får rehabilitering som er i tråd med de anbefalte retningslinjene. Begge sektorene har et ansvar for å levere tjenester, men kommunen har ansvaret for å koordinere tjenestene (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, (2017-2019)). Det er anbefalt med et tydeligere skille mellom disse ansvarsområdene, slik at personene som trenger språklig rehabilitering etter hjerneslag ikke blir stående i midten uten en tydelig vei å gå videre (KPMG, 2020). Dokumentene peker også på at opplæringssektoren har et spesielt ansvar for voksne med språk- og talevansker (Opplæringsloven, 1998).

Skillet mellom opplærings- og helsesektoren kommer tidlig frem i spørreundersøkelsen vår. I PPT er det et fåtall (37,5 %) av respondentene som svarer at de har fastsatte retningslinjer for språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag. Flesteparten av PPTs respondenter (46,9 %) oppgir at disse fastsatte retningslinjene er opplæringsloven. I helsesektoren var det enda færre (15,8 %) av respondentene som svarte at de hadde fastsatte retningslinjer for språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag. Flesteparten av disse respondentene (42,1 %) svarte at det er helse- og omsorgstjenesteloven som ligger til grunn for deres vurdering av språklig rehabilitering.

Det er bekymringsverdig at det foreligger en så stor forskjell mellom disse to sektorene på om de mener de har fastsatte retningslinjer eller ikke. Dette vil i stor grad kunne påvirke hvem som får oppfølging og ikke. Kommunen skal sørge for et helhetlig pasientforløp, med tidlig intervensjon, behandling og oppfølging (St.meld. nr. 47, (2008-2009)). Vi undres over hvordan man kan sikre at alle får det tilbudet de har behov for, dersom man mener at det ikke foreligger klare retningslinjer å følge. Det er også klart og

tydelig at helse- og opplæringssektoren følger to forskjellige lovverk, henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven og opplæringsloven. Dette samsvarer med resultatene fra dokumentanalysen hvor det fremkommer at rehabilitering- og habiliteringsfeltet lenge har vært lite sammensatt (KPMG, 2020).

Samtidig forekommer det også her en del uenigheter blant respondentene som er ansatt i samme sektor. Noen av PPTs respondenter (6,3 %) mener at det er folketrygdloven, eller helse- og omsorgstjenesteloven (6,3 %), samt at noen (12,5 %) mente at både opplæringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven er retningslinjer de har til grunn for sine vurderinger. Det samme ser vi også innad blant helsesektorens respondenter. Noen svarte at opplæringsloven (7,9 %), eller folketrygdloven (2,6 %) er retningslinjer de følger, mens noen (18,4 %) svarte at de følger både opplæringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Disse resultatene tyder i stor grad på at det foreligger en viss usikkerhet blant ansatte innad i opplærings- og helsesektoren på hvilke lover og retningslinjer som ligger til grunn for deres vurderinger. Dette peker igjen tilbake på funnene i dokumentanalysen, hvor det fremkommer at det er anbefalt et tydeligere skille mellom ansvarsområdene til disse to sektorene (KPMG, 2020).

Med en slik utydelig ansvarsfordeling risikerer man at personene som har behov for språklig rehabilitering blir stående i midten uten å få den hjelpen de har behov for. Det kreves et godt tverrfaglig samarbeid for at personer med afasi skal få et individuelt, helhetlig og målrettet tilbud over tid (Qvenild et al., 2017). Dette blir vanskelig å få til i praksis når det foreligger store uklarheter i lovverk som brukes, både innad i organisasjonene og på tvers av sektorene. Hvordan skal man da kunne sikre at alle personer med afasi får det samme, gode tverrfaglige tilbudet? En lite sammensatt tjeneste vil kunne føre til at tilbudet og kapasiteten vil være ujevn ut ifra hvordan kommunen velger å organisere rehabiliteringen (KPMG, 2020).

5.1.2 Vurdering og vedtak

Personer med afasi må søke kommunen om språklig rehabilitering, som så gir en sakkyndig vurdering og et skriftlig enkeltvedtak. Den språklige rehabiliteringen til personer med afasi i opplæringssektoren blir organisert etter opplæringslovens § 4A-2 om voksenopplæring (Opplæringsloven, 1998). For at man skal få et tilbud på grunnlag av denne paragrafen, må man få et individuelt vedtak som blir fattet på bakgrunn av en sakkyndig vurdering fra PPT (Helsedirektoratet, 2017). Den sakkyndige vurderingen baserer seg på rapporter fra sykehus og ytterligere utredninger fra PPT, og tar gjerne dyrebar tid fra personene som trenger språklig rehabilitering så raskt som mulig. Denne saksbehandlingen resulterer dermed i at den språklige rehabiliteringen ofte ikke settes i gang før flere måneder etter hjerneslaget (Becker, 2014). Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019) skulle øke fokuset på habilitering og rehabilitering, samt forbedre organiseringen. Evalueringen av planen (KPMG, 2020) viser at dette, i beste fall, var kun delvis vellykket. Det var blant annet fortsatt en manglende avklaring av ansvarsforhold mellom primær- og spesialhelsetjenesten, og svikt i koordinering av tjenester (KPMG, 2020).

Vedtaket gjelder uansett om kommunen kan gi tilbud eller ikke. For personer som kommer fra spesialisthelsetjenesten og som samtidig har andre helseutfordringer, vil behovet meldes til kommunens tjenestekontor. Her vil tjenesten for språklig rehabilitering enten videreformidles til kommunal logoped eller til privatpraktiserende

logoped. Har kommunen egen logoped, vil det fattes vedtak på behandling av logoped, eller vedtak på rehabiliterende oppfølging i team, der logoped skal inngå.

Hvis kommunene ikke har ansatt egen logoped, kan man ha retten til å få dekket logoped via Helfo, som er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet og hjemlet i lov om folketrygd § 5-10 (Folketrygdloven, 1997). Hvorvidt personene med afasi bør følges opp videre i kommunen, enten via opplæringsloven § 4A, eller folketrygdloven, virker noe uklart. En annen utfordring vi ser, er at selv om kommunen har ansatt logoped er denne ofte ansatt i oppvekst og har lite kapasitet.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at det ikke er alle personer med afasi som får utarbeidet et vedtak på språklig rehabilitering, verken i opplærings- eller helsesektoren. Dette kan i beste fall bety at personene får den oppfølgingen de skal ha uten at et vedtak er fattet, og at man på den måten unngår lang saksbehandlingstid. På den annen side kan det også bety at disse personene som ikke får et vedtak på språklig rehabilitering, ikke får den nødvendige helsehjelpen de trenger og faller igjennom i systemet. I tillegg ser vi at det også her er en stor andel av respondentene i både PPT og tjenestekontor som ikke vet om personer med afasi får vedtak eller ikke. Disse resultatene kan tyde på at personer med afasi følges opp av noen andre enn PPT eller tjenestekontor, om de i det hele tatt følges opp. Dersom de ble fulgt opp av disse instansene, ville det da være nærliggende å tro at de hadde innsikt i om personer med afasi får vedtak på språklig rehabilitering eller ikke.

I de tilfellene hvor det fattes et vedtak for språklig rehabilitering til personer med afasi, fattes de på bakgrunn av forskjellige vurderinger i henholdsvis PPT og tjenestekontor. I PPT svarte flesteparten av respondentene (70 %) at vedtaket fattes på bakgrunn av sakkyndig vurdering. I helsesektoren fattes vedtaket om språklig rehabilitering oftest på bakgrunn av epikrise (62,5 %). Dette tyder også på et sprik mellom sektorene, i grunnlaget for et vedtak. Når vedtak fattes på bakgrunn av forskjellig mengde og type informasjon, kan dette føre til at personer med afasi ikke får det samme tilbudet.

Det er en jevn fordeling på de kommunene som skriver sakkyndig vurdering på språkvanskene til personer med afasi, og de som ikke gjør det. Av alle kommunene som svarte at de ikke utarbeider sakkyndig vurdering, svarte flesteparten at dette er fordi det ikke er rutiner for det i kommunen. Man kan tenke seg til at forskjellen ligger i om kommunen primært har ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering i opplæringssektoren eller i helsesektoren.

5.1.3 Ansvar for tildeling

De fleste av 230 kommuner i en undersøkelse utført i 2008 organiserte tilbudet via opplæringssektoren (Oraviita, 2008). Ut ifra vår undersøkelse fremstår tilbudet i dag, om mulig, enda mer oppstykket. Like mange av respondentene (31,4 %) svarte at det er opplæringssektoren (PPT og voksenopplæringen), eller helsesektoren (tjenestekontor) som har ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag. Dette viser at organiseringen kan ha endret seg til å ha blitt enda mer todelt fra 2008 og til i dag.

Det bør, uavhengig av dette, være tilgang til logopedtjeneste umiddelbart etter utskrivning fra sykehus for å sikre kontinuitet i opplæringen (Helsedirektoratet, 2017). Organiseringen av tilbudet bør derfor rettes etter dette. Hvordan kommunen velger å

organisere ansvaret for rehabiliteringen er likevel opp til kommunen selv, da retningslinjen ikke er rettslig bindende.

24,3 % av respondentene svarte at det i deres kommune er PPT som har ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering, mens det er 31,4 % som svarte at helse (koordinerende enhet, tjenestekontor, eller forvaltningskontor) har ansvaret for tildelingen. Tallene samsvarer forholdsvis bra med tanke på hvor mange av kommunene som skriver sakkyndig vurdering og ikke.

Disse tallene viser at den språklige rehabiliteringen til personer med afasi også i vårt utvalg er et ansvar som deles på minst to sektorer. Det er i begge disse spørsmålene en del respondenter som svarte «vet ikke». Respondentene våre, som er ansatt i enten PPT eller tilsvarende i helsesektoren, bør antas å vite noe om hvem som har ansvaret i kommunen sin for tildeling av språklig rehabilitering til personer med afasi, samt om det blir utarbeidet en sakkyndig vurdering eller ikke. Dette er et interessant funn i seg selv, og kan tyde på at organiseringen i kommunene kanskje ikke er så tydelig som den burde være. Svaret på denne antakelsen er at over halvparten av våre respondenter mener denne ansvarsfordelingen mellom opplærings- og helsesektoren ikke er tydelig nok i deres kommune. Dette sammenfaller med funnene våre i dokumentanalysen, hvor det fremkommer at det burde være et tydeligere skille i ansvarsfordelingen på dette området (KPMG, 2020).

Med en utydelig ansvarsfordeling på dette området, er det vanskelig å se for seg at personene som trenger språklig rehabilitering etter et hjerneslag får rask og tilstrekkelig hjelp. Dersom de ansvarlige for tjenesten i kommunen selv ikke vet at de er ansvarlige, blir det følgelig enda vanskeligere for tjenestemottakere å vite dette. Dermed kan det ta ekstra lang tid å finne frem i byråkratijungelen på egen hånd.

En løsning på dette er å samle hele tilbudet om språklig rehabilitering til personer med afasi, og følgelig også ansvaret, til kun én av sektorene. Da ville ansvaret vært tydelig for alle, både tjenesteytere og -mottakere.

5.1.4 Behov for tydeligere ansvarsfordeling

I spørreundersøkelsen vår spurte vi respondentene om hvor de mener ansvaret for tildelingen av språklig rehabilitering til personer med afasi burde ligge. Flest i både PPT (65,6 %) og helse (50 %) mente at ansvaret for tildelingen burde ligge i helsesektoren. Resten svarte at ansvaret burde ligge hos PPT, eller andre. Andre forslag som kom frem fra våre respondenter var blant annet både helse og opplæring, usikker/vet ikke, fastlegen, eller logopedtjenesten. På dette spørsmålet kom det altså ganske tydelig frem at begge sektorene mener at tildelingen burde samles under helsesektoren.

Afasiutredning og -behandling er definert som helsehjelp i de fleste andre land i verden, på bakgrunn av at afasi er et resultat av sykdom (Becker, 2014). Dersom ansvaret for rehabiliteringen til personer med afasi helhetlig var organisert i helsesektoren, ville man ha sluppet unna lang ventetid på utredning til sakkyndig vurdering. Man kunne da i større grad ha sikret at personene som trenger denne språklige rehabiliteringen fikk et tilbud som er i tråd med anbefalingene om tidlig og intensiv innsats (Becker, 2014).

Spørsmålet om hvor respondentene mener ansvaret burde ligge var viktig for oss å få et grundig svar på, og vi valgte derfor å inkludere et nokså likt spørsmål, men annerledes formulert og med et ekstra svaralternativ på slutten av spørreskjemaet. På denne måten

kunne vi «kontrollere» om respondentene svarte det samme igjen, og om det ekstra svaralternativet ville gjøre et utslag på svarene vi fikk. Spørsmålet var da om den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag, etter respondentenes mening, burde ligge under opplæringssektoren, helsesektoren eller begge to/todelt ansvar. Svarene vi da fikk, var nokså endret fra foregående spørsmål om samme tema. Nå mente over halvparten av alle respondentene at ansvaret burde være todelt, og kun 1/4 mente at ansvaret burde ligge under helsesektoren. Både respondentene fra PPT (59,4 %) og respondentene fra helse (68,4 %) mente at det burde være et delt ansvar mellom sektorene.

Det er vanskelig å si hva årsaken til denne endringen i svar er, men det er mulig at det ekstra svaralternativet gjorde spørsmålet ledende, slik at det kunne virke for respondentene som at vi ønsket et svar som inkluderte begge sektorene. Vi kan tolke disse forskjellene i svar på ved for eksempel å si at flestparten av respondentene ser på helsesektoren som best egnet til å ha ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi, når det eneste andre alternativet er opplæringssektoren. De fleste respondentene vil likevel velge et todelt ansvar mellom disse to sektorene, når det er et alternativ. Likefullt hadde respondentene muligheten til å svare «andre» på det første spørsmålet om hvem som burde hatt ansvaret for tildelingen, og med det skrive inn et fritt formulert svar om at de mente ansvaret burde være delt på opplærings- og helsesektoren. Av de som benyttet seg av dette svaralternativet var det kun én respondent som svarte «Både helse og skole/PPT». Det kan være flere årsaker til at ikke flere av respondentene valgte å svare dette på det første spørsmålet. Respondentene kan ha valgt «letteste» utvei ved å velge et ferdig formulert svaralternativ, og dermed slippe å bruke tid på å formulere et eget svar. Det kan også være at respondentene valgte det beste alternative av det som var nevnt, uten å nødvendigvis ha reflektert noe videre om det finnes et enda bedre alternativ. Uansett hva årsaken er, kan vi si at de fleste av respondentene er samstemte i at helsesektoren burde hatt ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering, dersom kun én av sektorene skal ha det overordnede ansvaret.

Resultatene fra både spørreundersøkelsen og dokumentanalysen tyder på at det er nødvendig med en tydeligere ansvarfordeling i kommunene mellom opplærings- og helsesektoren, med tanke på den språklige rehabiliteringen til personer med afasi. Det er også uheldig at det i langt mindre grad er så stor forskjell kommuner imellom når det kommer til organiseringen av andre former for tjenester. Har man brukket foten vet man at man må kontakte lege eller sykehus, og har man skolerelaterte vansker er det PPT man kontakter for å få den nødvendige tilretteleggingen eleven trenger. Dette er klare og tydelige ansvarsområder for begge sektorene i alle Norges kommuner, og også for tjenestemottakerne. Hvorfor er det så vanskelig å få til det samme for personer som har behov for språklig rehabilitering etter et hjerneslag? Hvorfor er denne organiseringen så forskjellig fra kommune til kommune?

Svaret på disse spørsmålene finner vi i stor grad i dokumentene. Her fremkommer det at ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi er delt på både opplærings- og helsesektoren, men organiseringen av denne ansvarfordelingen er i liten grad spesifisert (KPMG, 2020). Dette fører igjen til at det i stor grad er opp til kommunene å legge føringer for organiseringen. Dermed blir det forskjell i hvem som har ansvaret for tildelingen og gjennomføringen av tjenesten i de forskjellige kommunene. Dette kan også føre til et ulikt tilbud til tjenestemottakerne på bakgrunn av om de får språklig rehabilitering via opplærings- eller helsesektoren, om de får vedtak, hva

vedtaket er fattet på bakgrunn av, og at kompetansen naturlig nok er forskjellig i de to sektorene.

5.2 Tverrfaglig og helhetlig rehabilitering i norske kommuner

Formålet med avsnittet er å drøfte hvordan språklig rehabiliteringen er organisert med tanke på tverrfaglig samarbeid og helhetlig rehabilitering.

Ifølge Helsedirektoratets faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag (2017), står det at når det er behov, skal ha personer ha tilgang på logopedtjeneste umiddelbart etter utskrivning fra sykehuset for å sikre kontinuitet i opplæringen. For å oppnå dette er kommunene avhengige av å ha tilgang til logoped. I spørreundersøkelsen var dette et av emnene vi vektla, fordi vi ønsket å undersøke om kommunene virkelig har denne tilgangen.

Om ikke kommunen selv har egen logoped, skal de ha et samarbeid med andre kommuner om å ha et opplæringstilbud til slagrammede med ervervede språk- og kommunikasjonsvansker (Helsedirektoratet, 2017). Det ble anbefalt allerede i 2010, at personer med behov, skulle følges opp med tanke på språklig rehabilitering i kommunene. Det er bra at offentlig dokumenter har satt språklig rehabilitering på dagsorden helt fra 2010, likevel er det fortsatt en offentlig diskusjon rundt den manglende logopedtjenesten. Spørreundersøkelsen vår viser at rundt 40 % av små og mellomstore kommuner har kommunal logoped. I de store kommunene svarer alle at de har fast ansatt logoped. Rundt 65 % mente at det var behov for å ansette kommunal logoped. Selv om rundt halvparten av kommunene har ansatt logoped, forteller likevel ikke tallene oss hvor, eller hvilke diagnoser logopedene jobber med.

Tidligere forskning og teori (Bhogal et al., 2003; Brady et al., 2016; Brady et al., 2022; Qvenild et al., 2017) viser at det kreves en viss mengde og intensitet for å oppnå resultater ved språkrehabilitering. Resultatene i undersøkelsen vår kan likevel tyde på at ressursene til logopeder inn mot personer med afasi er liten. Mange svarte at årsaken til at anbefalinger om mengde og intensitet ikke ble fulgt er for liten tilgang på logopeder. På bakgrunn av dette kan vi se at det vil være vanskelig å kunne følge opp Helsedirektoratets faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2017). Språklig rehabilitering med logoped har en viktig rolle. For at en person som er rammet av afasi skal ha økt livskvalitet, må man ha tilgang til rett fagkompetanse, som må være av en slik mengde og intensitet at personen har mulighet til å oppnå best mulig språklig fungering ut fra forutsetningene (Qvenild et al., 2017). Vi mener språklig rehabilitering er med på å fremme sosial trygghet, og sikre at den enkelte skal kunne ha et aktivt og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre slik lov om kommunale helse- og omsorgstjenester beskriver (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Til tross for dette kan det se ut som det bare er et lite antall personer med afasi etter hjerneslag som mottar slik oppfølging.

5.2.1 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid og helhetlig rehabilitering er en forutsetning for å oppnå gode resultater. For å oppnå en individuelt tilpasset, helhetlig og god rehabilitering, kreves et tett tverrfaglig samarbeid mellom faggrupper (Russell, 2015). Det er også enighet om at det helhetlige tilbudet må være målrettet og strekke seg over tid (Qvenild et al., 2017;

Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011; Bhogal et al., 2003; Brady et al., 2016). Det er viktig å ta hensyn til personens livssituasjon og livet personen skal leve videre, og på den måte tilpasse rehabiliteringen best mulig (Helsedirektoratet, 2017). Dette samsvarer med resultatene i dokumentanalysen som viste at gode samhandlingsrutiner mellom tjenestenivå og innad i de ulike tjenestene, samt et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud er viktig for å få til et best mulig og helhetlig pasientforløp for den enkelte bruker (Forskrift om rehabilitering og habilitering, 2011; KPMG, 2020; Helsedirektoratet, 2017; Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019); St.meld.nr.47, (2008-2009)).

Til tross for dette viser resultatene fra undersøkelsen vår at over 50 % ikke har tverrfaglig samarbeid. Dette speiler resultatene i dokumentanalysen som avdekker flere vansker innenfor det tverrfaglige samarbeidet både på tvers av tjenester og faggrupper (KPMG, 2020; Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, (2017-2019)). En konsekvens av dette kan være at personer med afasi etter hjerneslag ikke når målene om mestring av funksjonsevne, de kan miste sin sosiale trygghet, og miste muligheten til en aktiv og meningsfull tilværelse. Vi mener at det ville være hensiktsmessig for de ulike faggruppene å ha en felles arena der de møtes for drøfting av problemstillinger. Om man ikke får organisert seg på en slik måte at man møtes fysisk for samarbeidsmøter om de enkelte sakene, er man avhengig av felles dokumentasjonssystem. På den ene siden vil felles dokumentasjonssystem kunne koordinere tjenestene på en bedre måte, og de ulike faggruppene vet hvilke fokus de andre har. På denne måten kan man dra nytte av hverandres rehabiliterende tiltak, og drar rehabiliteringen i samme retning. På en annen side, må man være klar over utfordringer med tanke på innsyn og tilgang til personopplysninger i forhold til personvern.

Hensikten med forskrift om habilitering og rehabilitering (2011), var å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter, pasient og bruker, og eventuelt pårørende, samt kommunens ansvar for å ha en generell oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering i kommunen. Av de som har ansvar for tildeling av logopedtjenester svarte over halvparten av de som var med i spørreundersøkelsen at de ikke vet om personer med afasi får tilbud om logoped en uke etter hjemkomst fra sykehuset. På bakgrunn av dette kan det tyde på at de som tildeler logopediske tjenester har for liten oversikt over hvilke personer som er aktuelle for logopediske oppfølging. En konsekvens av dette kan være at det sendes personer hjem fra sykehus, som ikke mottar tilbud om språklig rehabilitering.

5.2.2 Rehabiliteringsteam

Ifølge forskrift om habilitering og rehabilitering (2011), skal kommunene sørge for at alle tilbys nødvendig utredning og oppfølging for habilitering og rehabilitering. De siste årene har flere kommuner opprettet tverrfaglige rehabiliteringsteam, rundt 50 % av de vi spurte bekreftet at de hadde det. Tverrfaglige rehabiliteringsteam jobber tett inn mot personer med hjerneslag og også afasi. Vi antok at logoped er en naturlig del av tverrfaglige rehabiliteringsteam. Av de kommunene som har rehabiliteringsteam, er det kun 3 % som har egen logoped, mens 30 % har tett samarbeid med logoped. Over halvparten svarte at de ikke har egen logoped, eller samarbeid med logoped. Et resultat av dette er at rehabiliteringen ikke blir tilstrekkelig tverrfaglig for personer med afasi. Årsaken til dette kan muligens ha å gjøre med at logopeder ikke er autorisert helsepersonell, og derfor uteblir fra helseteamene. Logopeden bør komme tidlig inn i

den tverrfaglige rehabiliteringen, på den måten kan man sette sentrale aktører som pårørende, helsepersonell, kommunalt ansatte og andre hjelpere, i stand til å kommunisere med personen som er rammet av afasi, ved å gi innføring i hvordan god kommunikasjon med afasirammede kan eller bør være (Qvenild et al., 2017). På den måten kan logopeden lette den kommunikative vansken hos personene som er rammet av afasi, og lette ansvaret på de pårørende (Qvenild et al., 2017).

Fra 2017-2019 hadde Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering som mål at kommunen, i samsvar med befolkningens behov skulle overta oppgaver som ble utført av spesialisthelsetjenestene. En styrking av brukerperspektivet og bedret kvalitet på tjenestene var målet. Mange kommuner har tilgang til, og samarbeider med mange ulike yrkesgrupper med høy kompetanse. Det er viktig at den språklige rehabiliteringen løftes. Ved å bli en naturlig del av den tverrfaglige rehabiliteringen, vil flere personer med afasi motta en helhetlig rehabilitering som er individuelt tilpasset. Vi vil også anta at utbytte av ytterligere rehabilitering vil bedres ved at kommunikasjonen mellom personer med afasi og øvrige faggrupper bedres.

5.2.3 Logoped som skal-tjeneste

Sosialistisk Venstreparti (SV) (Innst. 236 L, (2020-2021)) foreslo å endre helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2, slik at kommuner lovpålagt må ha logoped knyttet til seg på lik linje med lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog. Bakgrunnen for dette forslaget var blant annet Afasiforbundets undersøkelse fra 2019 som viste den store mangelen på kommunale logopeder (Afasiforbundet i Norge, 2019). På bakgrunn av resultatene våre som tyder på at personer med afasi etter hjerneslag ikke får tilstrekkelig språklig rehabilitering, mener vi at forslaget til SV om å gjøre logopedi til en skal-tjeneste, på lik linje med fysio- og ergoterapitjenesten, i kommunene er godt. Ifølge KPMGs evaluering av habilitering og rehabilitering fremstår rehabiliteringstilbudet som fragmentert, og at oppfølgingen ikke er tilstrekkelig (KPMG, 2020). På bakgrunn av dette, mener vi at vurdering av logopedi som en skal-tjeneste i kommunene må revurderes. Det vil være hensiktsmessig ved at personer med afasi etter hjerneslag trolig vil ha større sjanse til å få tidlig intervensjon, tilstrekkelig mengde og intensitet på den språklige rehabiliteringen. Dette vil igjen gi større forutsetning for å kunne oppfylle Helsedirektoratets anbefalinger, og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med fokus på mestring og økt livskvalitet. I tillegg ville man oppfylle kravene til samhandlingsreformen om rett behandling, på rett sted til rett tid. Veiledning av hvordan helsepersonell og andre sentrale aktører bør kommunisere, vil trolig ha positiv effekt på andre rehabiliterende tiltak. Summen av disse tingene vil gi personer med afasi en helhetlig rehabilitering, og vil trolig være samfunnsøkonomisk gunstig.

5.3 Mengde, intensitet og tidlig innsats

I dette avsnittet vil vi drøfte om logopedtjenesten er organisert på en måte som overholder anbefalt mengde og intensitet i den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag.

5.3.1 Mengde og intensitet

Oppdatert forskning understreker at afasirehabilitering må skje med et visst omfang og intensitet (Bhagal et al., 2003; Brady et al., 2022). Det anbefales at spesifikk språktrening igangsettes i akuttfasen, og er av tilstrekkelig mengde og hyppighet, fem timer eller mer per uke for personer med afasi i kronisk fase (Helsedirektoratet, 2017). Det er derfor nedslående å finne at svært mange av respondentene rapporterer at personer med afasi kun får en time med logoped per uke (50 % i små og mellomstore kommuner og 70 % i store). Så få som 15 % av kommunene rapporterer at de følger Helsedirektoratets anbefalinger om fem timer per uke. Våre funn er i tråd med Afasiforbundets undersøkelse om logopeddekning fra 2019 (Afasiforbundet i Norge, 2019). Også i deres undersøkelse fant de at det ikke var uvanlig med en til to timer med språktrening i uken. Hele 51,44 % av logopedene i undersøkelsen visste om en eller flere personer som skulle hatt hjelp og oppfølging hos logopeden som ikke fikk det. Dette står altså i sterk kontrast til anbefalingene fra Helsedirektoratet (2017), som påpeker viktigheten av språktrening med tanke på mengde og hyppighet (Helsedirektoratet, 2017). Helsedirektoratet anbefaler intensiv språktrening til denne gruppen; den bør settes i gang i akuttfasen, ha tilstrekkelig mengde og hyppighet og være spesifikk (Helsedirektoratet, 2017). På bakgrunn av dette ser vi at det er viktig at logopedene i kommunen har nok ressurser til å gjennomføre målrettede tiltak med tilstrekkelig mengde og intensitet, og for å gi en best mulig individuelt tilpasset rehabilitering.

5.3.2 Tidlig innsats

Det er anbefalt at personer med afasi begynner språkrehabiliteringen i akuttfasen. (Helsedirektoratet, 2017). Også resultatene fra dokumentanalysen viser at det er anbefalt at utredning og tjenester bør settes inn så tidlig som mulig. For slagrammede med afasi bør det være logoped tilgjengelig rett etter utskrivning fra sykehus. Dette for at det skal være en kontinuitet i opplæringen, samt å øke sjansen for å gjenvinne tapte funksjoner (Helsedirektoratet, 2017). Tidlig innsats innen rehabiliteringsfeltet kan føre med seg en rekke positive virkninger. Blant annet kan tidlig innsats bedre funksjon hos den enkelte, som igjen kan føre til at personen kan komme fortere tilbake til arbeidslivet (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Tidlig innsats kan også føre til at personen ikke trenger plass på institusjoner, og redusert behov for lengre sykemeldinger (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Det er kommunene som har ansvaret for å sørge for en helhetlig tenking med tidlig intervensjon som et utgangspunkt (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

5.3.2.1 Tilbud innen en uke etter hjemkomst fra sykehus

Undersøkelsen vår viser at det fortsatt er få personer med afasi etter hjerneslag, som får tilbud om logoped innen en uke etter hjemkomst fra sykehus. Rundt 15 % svarte at de fikk tilbud innen en uke. Det var de mellomstore kommunene som kom dårligst ut. I de mellomstore kommunene var det hele 64 % som ikke visste om personer med afasi etter hjerneslag fikk logoped innen en uke. Resultatene viste at man risikerer å få utilstrekkelig oppfølging, selv om kommunen har logoped. I de andre kommunene fikk vi svar som tydet på lite oversikt. Hele 40 % av ansatte i PPT, og 60 % ansatt i tjenestekontor visste ikke om pasienter med afasi etter hjerneslag får språklig rehabilitering en uke etter hjemkomst fra sykehus.

Vi undrer oss over hva som er årsaken til at så mange ansatte med ansvar for tildeling av logopedtjenester ikke har oversikt. Dette er muligens et symptom på uklare retningslinjer og for dårlig organisering, slik også KPMG påpeker i sin evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). Resultatet kan i beste fall bety at det er flere som mottar tilbud om språklig rehabilitering raskt, men det kan også bety at det er mørketall der mange personer med afasi etter hjerneslag ikke mottar den oppfølgingen de burde hatt ifølge Helsedirektoratet. Konsekvensene av dette kan være store, både for personen med afasi og familienes livskvalitet. Personen som rammes kan miste det FNs verdenserklæring om menneskerettigheter artikkel 19 fremhever, nemlig at *«Enhver har rett til menings- og ytringsfrihet. Denne omfatter retten til å hevde meninger uten innblanding og til å søke, motta og meddele opplysninger og ideer gjennom ethvert meddelelsesmiddel og uten hensyn til landegrensener»* (Forente Nasjoner, 1948, artikkel 19).

5.3.2.2 Tilbud innen en måned etter hjemkomst fra sykehus

Av de som mottok språklig rehabilitering innen en måned var resultatene høyere, om lag 30 %. Det er de mellomstore kommunene som kom dårligst ut med 20 %. Til tross for anbefalingen om tidlig innsats, ser det ut til at tilbudet er forbeholdt en liten gruppe mennesker, og det er personer som bor i mellomstore kommunene med innbyggertall mellom 5000-19999 som har det dårligste tilbudet med tanke på tidlig innsats. Årsaken til dette kan være mangel på afasilogopeder, eller logoped generelt, i mindre kommuner, og at ansvarsfordelingen er uklar.

5.3.2.3 Mulige årsaker til manglende tilbud

I spørreundersøkelsen svarte over 50 % at årsaken til at personer med afasi fikk under fem timer per uke, var logopedmangel. Resterende svarte at årsaken var at personen med afasi ikke ønsket mange timer, eller at helsetilstanden var for dårlig, slik at de ikke kunne følge anbefalt timeantall. Studien til Brady et al. (2015), viser at det er større frafall i gruppen med intensiv oppfølging. Det er derfor noe uvisshet i hva som er den beste tilnærmingen med tanke på intensitet. Dette er svært individuelt. Ved å skreddersy opplegget til den enkelte med tanke på mengde og intensitet vil man på den ene siden kanskje ikke følge anbefalingene, men på den andre siden hindre frafall på grunn av for høy intensitet. Det er derfor viktig med individuell tilpasning (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Logopedmangelen kan selvsagt være en årsak i seg selv, men på en annen side kan man stille seg spørsmålet om logopedressursene som finnes, utnyttes på en best mulig måte. Er organiseringen god nok til at tilbudet kommer ut til personene som trenger det? Det er likevel ikke alltid at personer som har gjennomgått hjerneslag har god nok helsetilstand til å kunne følge anbefalt timeantall.

5.4 Rett til brukermedvirkning

I dette avsnittet har vi fokus på om brukermedvirkningen til personer med afasi er god nok. FNs verdenserklæring artikkel 19, omhandler enhvers rett til menings- og ytringsfrihet. Alle har rett til å hevde meninger uten innblanding, og til å søke, motta og meddele opplysninger og ideer gjennom ethvert meddelelsesmiddel og uten hensyn til

landegrenser (Forente Nasjoner, 1948). Ifølge CRPDs artikkel 19 skal alle ha retten til å ha et selvstendig liv og til å være en del av samfunnet. Det skal legges til rette for at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne bruke rettigheten og bli fullt inkludert og delta i samfunnet (Forente Nasjoner, 2006).

En av logopedens viktigste oppgaver er å gi personer med afasi mulighet til å opprettholde meneskeretten til menings- og ytringsfrihet. Ved å kunne ytre sine meninger vil personer med afasi få en større mulighet til å kunne oppnå mestring av livet etter gjennomgått hjerneslag. I motsatt fall vil en person med afasi som ikke får språklig rehabilitering, stå i fare for å ikke kunne fremme sine ønsker eller behov. Konsekvensene kan være store, og personene kan stå i fare for å utvikle sosial isolasjon, depresjon og dermed få en nedsatt livskvalitet.

Det er stor enighet, både i menneskerettighetserklæringen (Forente Nasjoner, 1948), i FNs-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (Forente Nasjoner, 2006) og i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) om at språklig rehabilitering er nødvendig for at en person skal kunne få brukervedvirkning i sin rehabilitering, og få oppfylt sine menneskerettigheter (Forente Nasjoner, 2006). For at brukervedvirkning skal sikres på best mulig måte er det viktig at logopeden kommer tidlig inn i rehabiliteringen, slik at personen har mulighet for å være med i utformingen av rehabiliteringen fra start. På den måten kan man ta utgangspunkt i personens ønsker og behov, som igjen kan gi personen med afasi en opplevelse av sammenheng i rehabiliteringen, ved å ha fokus på mestring og god livskvalitet (Qvenild et al., 2017). Det å kunne ta styring i sitt eget liv, ha rett til medvirkning og innflytelse på egen behandling i helsetjenesten er en lovfestet rettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Helse- og omsorgstjenesten har plikt til å ta med brukeren, slik at han eller hun får medvirke i tjenestene. Dette gjelder både i planlegging, utforming, utøving og evaluering av habilitering- og rehabiliteringstilbudet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Resultater fra dokumentanalysen viser at rehabiliteringstjenesten bør ha et økt fokus på mestring i hverdagslivet, slik at den enkelte person kan mestre sitt eget liv, eller gjenopprette funksjoner og egenmestring i størst mulig grad (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Brukervedvirkning sikrer en best mulig gjennomføring, ivaretar brukerens integritet, og bedrer prognosen for gode resultater (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Kommunen og det regionale helseforetaket har ansvar for å tilrettelegge for brukervedvirkning (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Brukervedvirkningen er utsatt når personer med afasi ikke får språklig rehabilitering. Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) viser til svikt i brukervedvirkning i tjenestene. Videre påpeker de at tjenesteapparatet ikke lykkes med å bistå brukeren i å få fram hva som er brukerens mål eller tilbyr ikke tjenester tilstrekkelig tilpasset brukerens behov. Videre viser opptrappingsplanen svikt i samhandling og koordinering enten internt eller mellom nivåene. Det beskrives at enkelttjenestene ikke henger sammen som en helhet og har uakseptabel lang ventetid. Personer med afasi står dermed i fare for brudd på sine menneskerettigheter.

5.5. Ressurstilgang på logopedtjenester i norske kommuner

I dette avsnittet drøfter vi logopedtilgangen i norske kommuner.

Det å kunne kommunisere på en tilfredsstillende måte er nødvendig både for å kunne ta en aktiv del i samfunnet, og for å bedre livskvaliteten (Qvenild et al., 2017). Kommunen skal ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Logoped er ikke nevnt. For at alle skal få den språkhjelpen de trenger, ble det i 2020 fremmet et representantforslag om lovfestet krav om logoped i kommunene av Helse- og omsorgskomiteen (Innst. 236 L, (2020-2021)). Statsråden konkluderte da med at det ikke skulle lovfestes en plikt for kommunene til å ha logoped knyttet til seg, men at tilbudet om logopedtjenester i mange tilfeller vil være nødvendig for at kommunen skal oppfylle sin plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester (Innst. 236 L, (2020-2021)).

Språktreningen kan utføres av logoped, eller i samarbeid med andre under veiledning av logoped (Helsedirektoratet, 2017). Kommunen skal, ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (2011), sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. En avgjørende faktor for at kommunene skal kunne følge opp dette, er tilgang på logoped. En stor andel av respondentene i spørreundersøkelsen vår svarte at personer med afasi i kommunen deres får færre enn anbefalt timer med logoped per uke, og 80 % av disse svarte at årsaken til dette er mangel på logopedressurs. I 2008 var det mindre enn halvparten av 230 responderende kommuner som svarte at de hadde ansatt afasilogopeder (Oraviita, 2008). Dette tyder på at tilgangen på logopedtjenesten ikke har blitt større de siste 15 årene, tvert imot kan det se ut til at det har gått motsatt vei.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019), og evalueringen av denne (KPMG, 2020), viser at logoped er en av de yrkesgruppene det er størst mangel på. Tilgangen på logoped i Norges kommuner har vært mye omdiskutert i medier den siste tiden. Abid Raja stiller et skriftlig spørsmål til kunnskapsminister Tonje Brenna, hvor han spør: «*Hvordan skal regjeringen sikre at kommunene ivaretar sitt ansvar for kvalifiserte logopediske tjenester, når flere og flere kommuner legger ned sitt tilbud?*» (Dokument nr. 15:557 (2022-2023)). Begrunnelsen hans for dette spørsmålet er at fire av fem logopediutdanninger i Norge er truet med nedleggelse eller nedskalering, samt at flere kommuner legger ned det kommunale logopedtilbudet ((Dokument nr. 15:557 (2022-2023)). Kunnskapsministeren svarer at kommunene og fylkeskommunene må sikre at de har nødvendig tilgang på logopedisk kompetanse, da de har plikt til å sørge for logopediske tjenester til barn/elever som blir vurdert av PPT til å ha behov for det. Denne retten er hjemlet i henholdsvis barnehageloven og opplæringsloven ((Dokument nr. 15:557 (2022-2023)). Kunnskapsministeren fortsetter med å si at logoped vil også kunne være nødvendig for en del pasienter, og dermed inngå som helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven. Hun nevner også folketrygdloven § 5-10 som en sekundær lovgivning, som er ment å sikre at pasientene får dekket disse utgiftene dersom de ikke får sikret de et annet sted (Dokument nr. 15:557 (2022-2023)). Kunnskapsministeren unngår med dette svaret å svare direkte på det Raja spør om. Hun beskriver hvordan det ideelt sett skal være i kommunene, og at kommunene må sikre at de har nødvendig tilgang på logopedisk kompetanse. Hvordan de skal klare å sikre det samtidig som flere og flere kommuner legger ned det logopediske tilbudet, er ikke besvart.

Mangelen på logopedtilgang i kommunene fører til at det blir lang ventetid for de som trenger logopedisk oppfølging (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). For personer med afasi etter hjerneslag vil det si et brudd i forløpet deres, som ikke er i tråd med anbefalingene om tidlig og intensiv språkrehabilitering (Helsedirektoratet, 2017). Dette er en uforsvarlig praksis som ikke sikrer retten til nødvendig helse- og omsorgstjenester til kommunens innbyggere. Mangelen på logopedtilgang fører også til at personer med mindre omfattende behov blir tilsidesatt og må vente enda lenger på tilbud om logoped (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019); Becker, 2014). Dette fører igjen til et større ressurstap for kommunene med tanke på sykefravær, og at personene som i utgangspunktet hadde ett mindre omfattende behov, kanskje får et større og mer omfattende behov for tjenester ettersom rehabiliteringen ikke startes tidlig nok (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)).

5.3.3 Mangel på logopedkompetanse i små og mellomstore kommuner

Det fremkommer i både dokumentanalysen og spørreundersøkelsen at det i større grad oppleves mangel på logopedkompetanse i de små kommunene. Over halvparten (57,9 %) av de små kommunene og rett under halvparten (46,2 %) av de mellomstore kommunene svarte at de ikke har ansatt logoped i kommunen, i motsetning til de store kommunene, hvor alle hadde ansatt logoped. På lik linje fant vi i dokumentene at det er spesielt manglende logopedkompetanse i småkommunene (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019); KPMG, 2020). Årsaken til dette kan være at de store kommunene har flere personer som har behov for logopedisk oppfølging, som følge av mange innbyggere, og dermed er nødt til å ta grep for å følge opp behovet. I tillegg har vi en antakelse om at de større kommunene kan ha bedre økonomi enn mange små og mellomstore kommuner. I store kommuner kan det også være lettere å ansette logopeder da det er mange som velger å bo i de store byene, mens det kan være problematisk for mindre tettsteder å finne faste ansatte da befolkningen der er mindre. Konsekvensene av dette kan være at personer med afasi som bor i små eller mellomstore kommuner ikke får den logopediske oppfølgingen de har behov for. For å bøte på dette, kan det være en idé å ha interkommunale samarbeid med nærliggende kommuner som har ansatt logoped og som reiser hjem til tjenestemottakeren.

Det har vært liten endring på dette området, da de fleste av de små og mellomstore kommunene som var med i undersøkelsen i 2008 også da svarte at de ikke hadde ansatt egen logoped og derfor benyttet seg av privatpraktiserende logopeder. Alle de store kommunene hadde også i denne undersøkelsen ansatt egne logopeder (Oraviita, 2008). I Afasiforbundets undersøkelse på logopeddekningen i Norges kommuner (Afasiforbundet i Norge, 2019), fremkom det lignende tall, hvor 63 % av landets kommuner svarte at de ikke har logoped til voksne. Dette tyder på at det ikke er en positiv endring i logopeddekningen i landet til i dag. Kommunene kjøper gjerne tjenester fra private logopeder eller andre kommuner, uten nødvendigvis å inngå faste avtaler (KPMG, 2020). Av kommunene som ikke hadde ansatt logoped, svarte 45,5 % av de små kommunene og 27,8 % av de mellomstore kommunene at de heller ikke har avtale med privatpraktiserende logoped. Dette medfører at kommunene ikke nødvendigvis er sikret tilgang til logoped ved behov. Man kan jo lure på hvordan kommunene som verken har kommunal eller privat logoped tilknyttet kommunen, klarer å sikre at de har nødvendig tilgang på logopedisk kompetanse, slik som kunnskapsministeren sier at de skal ha.

I undersøkelsen vår fremkommer det at disse kommunene har spesialpedagoger, ergoterapeuter, eller sykepleiere som er ansvarlige for gjennomføringen av den språklige rehabiliteringen. Dette på tross av at 97,1 % av alle respondenter svarer at det er logoped som burde ha ansvaret for gjennomføringen av den språklige rehabiliteringen til personer med afasi. I Afasiforbundets undersøkelse (2019) var det 75 % av kommunene som manglet kompetanse for å gi opplæring i kommunikasjonsstrategier for de som jobber med personer med afasi. Dersom kommunene ikke har egen logoped, og heller ikke avtale med privatpraktiserende logoped, er det vanskelig å se for seg at spesialpedagogene, ergoterapeutene, eller sykepleierne som er ansvarlige for gjennomføringen av den språklige rehabiliteringen har tilgang på den rette kompetansen. Dette vil i verste fall kunne føre til at personer med afasi ikke får den rehabiliteringen de har behov for, og som er anbefalt i retningslinjene fra Helsedirektoratet (2017).

I dokumentene fremkommer det at årsakene til denne reduserte og manglende kapasiteten i de små kommunene er finansielle og organisatoriske (KPMG, 2020; Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). Større kommuner har et større budsjett, og dermed bedre forutsetninger for å kunne sikre et logopedisk tilbud i kommunen. For personer med afasi etter hjerneslag er det helt nødvendig med rask tilgang og oppfølging av logoped for å utvikle eller få tilbake nødvendige funksjoner knyttet til språket. Hele 72,7 % av de små kommunene og 66,7 % av de mellomstore kommunene svarte at det er behov for at kommunen ansetter egen logoped.

Med tanke på den sannsynlige økningen i forekomst av hjerneslag som følge av at befolkningen lever lengre enn tidligere (Fjærtøft & Indredavik, 2007), er det stor grunn til bekymring på nåværende tidspunkt. Behovet for logopedoppfølging til personer med afasi blir ikke fulgt opp i tilstrekkelig grad i alle kommuner i Norge, og spriket er stort fra store og små kommuner. I tillegg kuttes logopedstillinger i kommuner, på tross av at behovet øker.

6 Oppsummering og konklusjoner

Vi har presentert teori, forskning, funn fra dokumentanalysen og spørreundersøkelsen, og drøftet problemstillingen: «*Hvordan organiseres den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag i norske kommuner?*».

I hele oppgaven har vi hatt med oss forskningsspørsmålene som har gitt oss retning for oppgaven. Vi har drøftet den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag med fokus på organisering av språklig rehabilitering i norske kommuner, tverrfaglig og helhetlig rehabilitering, rett til brukermedvirkning, mengde og intensitet og tidlig innsats. Til slutt har vi drøftet tilgangen på logoped som ressurs i kommunene. Avslutningsvis følger en kort konklusjon av våre funn i henhold til disse drøftingspunktene.

6.1 Organisering i kommunene

Organiseringen av den språklige rehabiliteringen i kommunene er preget av at den er uoversiktlig og todelt. Det er utydelige ansvarsgrenser mellom sektorene, men også innad i sektorene. Det varierer hvilke lovverk man velger å bruke, noe som tyder på usikkerhet blant de ansatte i begge sektorer. Ulik praksis i saksgang i de ulike sektorene er også forvirrende. Tilbudet variere ut fra hvor man bor, og størrelsen på kommunen. Helfo-ordningen kan føre til at kommuner velger å ikke ansette egne logopeder, men heller benytter seg av Helfo av økonomiske årsaker. Ved benyttelse av privatpraktiserende logopeder, kan de private logopedene selv avgjøre hvilke personer de har kapasitet til å gi behandling, som igjen fører til at det er noe tilfeldig om man får oppfølging eller ikke.

6.2 Helhetlig rehabilitering og tverrfaglighet

For å få best mulig rehabilitering er det viktig med tverrfaglig og helhetlig rehabilitering. Det er viktig at alle faggrupper drar rehabiliteringen i samme retning, og drar nytte av hverandres fagkompetanse og erfaringer. En stor andel av de spurte svarte at de ikke jobber tverrfaglig hverken innad i de ulike sektorene eller på tvers. Logopeder er ikke en naturlig del av kommunenes rehabiliteringsteam.

6.3 Mengde og intensitet

Anbefalt språklig rehabilitering med tanke på mengde og intensitet er forbeholdt en liten gruppe. Det kan tyde på at det er bevissthet i viktigheten av å kunne ytre seg hos ansatte som tildeler logopedbehandling både i helse- og opplærings sektoren. Det er ulike årsaker til at oppfølging av logoped ikke kommer i gang, men mye tyder på at logopedmangel er den største årsaken.

6.4 Brukermedvirkning

Det er viktig for mennesker å kunne ytre sine tanker og behov for å kunne mestre eget liv, og ha god livskvalitet. Å ha rett til medvirkning og innflytelse på egen behandling er en lovfestet rett. Logopedtjenesten er viktig for å hjelpe personer med afasi etter hjerneslag å bedre evnen til å kunne ytre seg. Brukermedvirkningen er dermed utsatt når personer med afasi ikke får språklig rehabilitering. Dokumentanalysen viser at det er svikt i brukermedvirkning i tjenestene, og samhandling og koordinering innad og mellom nivåene.

6.5 Ressurstilgang

Det er mangel på logopeder i Norge. Få pasienter får den mengden og intensiteten som er anbefalt på grunn av logopedmangel. Størst er mangelen på logopeder i de små og mellomstore kommunene. Så lenge logoped ikke er en skal-tjeneste, er det mer økonomisk gunstig for kommunene å leie privatpraktiserende logopeder, som dekkes av Helfo, enn å ansette sine egne. Det fører til at om man får logopedbehandling avhenger av hvor man bor, om det er privatpraktiserende logoped tilgjengelig, og om denne logopeden har kapasitet og kunnskap om afasi etter hjerneslag. Dette sier igjen at man ikke oppfyller samhandlingsreformens rett behandling - på rett sted - til rett tid.

Referanser

- Afasiforbundet i Norge. (2019). *Logopeddekningen i Norges kommuner. Afasiforbundets statusrapport 2019*. https://afasi.no/wp-content/uploads/2019/03/2019_Juni_Afasiforbundet_Statusrapport-logoped-Norge-1.pdf
- Aksnes AS. (2000-2023). *Spørreundersøkelser.no. Kalkulator*. <http://www.xn--sprreunderskelser-10bj.no/kalkulator/>
- Anker, T. (2020). *Analyse i praksis: en håndbok for masterstudenter* (1. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Asdal, K. & Reinertsen, H. (2020). *Hvordan gjøre dokumentanalyse: en praksisorientert metode* (1. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Becker, F. (2014). Afasi – når systemet svikter minst like mye som språket. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 134(4), 390-391. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0064>
- Bhokal, S. K., Teasell, R. & Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy. Impact on recovery. *Stroke*, 34(4), 987-993. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000062343.64383.D0>
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). *Speech and language therapy for aphasia following stroke*. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000425.pub4>
- Brady, M. C., Myzoon, A., Vandenberg, K., Ruiters, M. B., Worrall, L. & Haris Wright, H. (2022). Dosage, Intensity, and Frequency of Language Therapy for Aphasia. A Systematic Review. Based, Individual Participant Data Network Meta-Analysis. *Stroke*, 53(3), 956-967. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.035216>
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., Lind, M., & Qvenild, E. (2014). *Afasi og samtale - Gode råd om kommunikasjon*. Novus forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Dokument nr. 15:557 (2022-2023). *Skriftlig spørsmål fra Abid Raja (V) til kunnskapsministeren*. Stortinget. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=91726>
- Fjærtøft, H. & Indredavik, B. (2007). Kostnadsvurderinger ved hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 127(6), 744-747. <https://tidsskriftet.no/2007/03/temahjerneslag/kostnadsvurderinger-ved-hjerneslag>
- Fjærtøft, H., Skogseth-Stephani, R., Indredavik, B., Krokan, T. G., Bjerkvik, T. F., Halle, K. K., & Varndal, T. (2022). *Årsrapport for 2021 – Med plan for forbedringstiltak*. Norsk hjerneslagregister.

- <https://stolav.no/Documents/%C3%85rsrapport%20Norsk%20hjerneslagregister%202021.pdf>
- Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd*. (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- Forente Nasjoner. (1948). *Verdenserklæringen om menneskerettigheter, vedtatt av FNs generalforsamling 10. desember 1948*. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklaering-om-menneskerettigheter>
- Forente Nasjoner. (2006). *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Barne- og familiedepartementet. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*. (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2011-12-16-1256>
- Fuller, G. & Manford, M. (2010). *Neurology: An illustrated colour text*. (3. utg.). Churchill Livingstone, Elsevier.
- Grimsmo, A. (2015). Samhandlingsreformen – hva nå? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 135(17), 1528. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0810>
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelig metoder* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Haahr, M. (2023, 7. mai). *RANDOM.ORG: True Random Number Service*. <https://www.random.org>
- Helfo. (2018, 06. desember). *Regelverk for logoped og audiopedagog*. Helfo. <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/regelverk-for-logoped-og-audiopedagog>
- Helsedirektoratet (2017, 27. april). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Helsedirektoratet. (2022, 17. mars). *Pakkeforløp hjerneslag*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjerneslag>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- IBM Corp. (2022). *IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 29.0*. IBM Corp.
- Innst. 236 L, (2020-2021). *Representantforslag om lovfestet krav om logoped i kommunene, slik at alle får den språkhjelpen de trenger*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://lovdata.no/static/INNST/innst-202021-236.pdf>
- Kartverket. (2021, 18. juni). *Norske fylke og kommunar*. <https://www.kartverket.no/tilands/fakta-om-norge/norske-fylke-og-kommunar>

- Kleven, T. A. (2013, 19. september). *Effektstørrelse*. Institutt for pedagogikk, Universitetet i Oslo.
<https://www.uio.no/studier/emner/uv/iped/PED4010/h13/effektstorrelse%5B1%5D.pdf>
- Kleven, T. A. & Hjordemaal, F. (2018). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode: en hjelp til kritisk tolking og vurdering* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- KPMG (2020). *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Krogstad, J. M. (2015, februar). *Hva er ervervet hjerneskade?* Kognitiv Rehabiliteringsenhet, Sunnaas sykehus.
https://www.sunnaas.no/Documents/Brosjyrer/Hva_er_ervervet_hjerneskade.PDF
- Lund, C. G., Rønning, P. A., Wallace, S. & Tennøe, B. (2019). Cerebrovaskulære sykdommer. I E. Helseth, T. Rootwelt & H. F. Harbo (Red.), *Nevrologi og nevrokirurgi – Fra barn til voksen* (7. utg., s. 309-337). Fagbokforlaget.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W. (1965). Barthel ADL Index. *Maryland State Med Journal*, 14, 61-65.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/b7539588e1584412b954c3f43289dbb9/barthels-adl-indeks.pdf>
- Malterud, K. (2012, 4. desember). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805.
<https://doi.org/10.1177/140349481246503>
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mathisen, T. S., Bjerke, M. L., & Skar, T. (2021, 24. mars). *Hjerneslag*. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. <https://www.lhl.no/hjerneslag/hjerneslag/>
- Moseid, G. J. & Tidslevold, L.H. (2022). *Eksamen: Prosjektbeskrivelse. LOGO6611 Masteroppgaveseminar*. Institutt for språk og litteratur, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Norsk Logopedlag (2021, 15. November). *UiT vil legge ned populær utdanning*. Norsk Logopedlag.
<https://www.norsklogopedlag.no/informasjon/nyheter/vis/?T=UiT%20vil%20legge%20ned%20popul%C3%A6r%20utdanning&ID=27035&af=1&source=lp>
- Norsk Logopedlag. (2023). *Fra begynnelsen, Norsk Logopedlag 75 år. Organisasjon og fag*. Norsk Logopedlag.
- Olaisen, S. R. & Skjelvik, S. (2022, 3. desember). Logopeden lærte Eivind (6) å snakke – nå kutter kommunen tilbudet. *NRK*. https://www.nrk.no/nordland/fauske-kutter-sin-eneste-logopedstilling-_logopedforeninga-ser-det-samme-skje-i-mange-kommuner-1.16199576

- Opplæringsloven. (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringen*. (LOV-1998-07-17-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017). Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrappingsplanrehabilitering.pdf>
- Oraviita, I. K. (2008, 10. november). *Afasirehabilitering i Norge. Masteroppgave i spesialpedagogikk*. Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/32087/OppgavenSISTExABsoluttx10.1120084FERDIG.pdf?sequence=1>
- Papathanasiou, I., Coppens, P. & Davidson, B. (2017). Aphasia and related neurogenic communication disorders: Basic concepts, management, and efficacy. I I. Papathanasiou & P. Coppens (Red.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (2. utg., s. 3-14). Jones & Bartlett Learning.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pettersen, V. (2021, 28. mai). «Den reddende engelen». *Hvordan konstruerer søsken av rusmiddelavhengige sin identitet? Master i familieterapi og systemisk praksis*. Institutt for sosialt arbeid og familieterapi, VID Vitenskapelige høyskole. <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/bitstream/handle/11250/2774621/Pettersen-MA-VID-2021.pdf?sequence=1>
- Potagas, C., Kasselimis, D. S., & Evdokimidis, I. (2017). Elements of neurology essential for understanding the aphasia. I I. Papathanasiou & P. Coppens (Red.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (2. utg., s. 37-61). Jones & Bartlett Learning.
- QSR International Pty Ltd. (2022). NVivo 1.7.1. (released in March 2022). <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Lind, M. (2017). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild (Red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv* (3. opplag, s. 23-41). Novus.
- Rankin, J. (1957). Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60: II. Prognosis. *Scottish Medical Journal*, 2, 200-215. <https://doi.org/10.1177/003693305700200504>
- Russell, D. (2015, 28. oktober). *Konsekvenser av hjerneslag*. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/fakta-om-hjerneslag/konsekvenser-av-hjerneslag/>
- Skar, T. & Mathisen, T. S. (2020, 06. april). *Symptomer på hjerneslag*. <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/fakta-om-hjerneslag/symptomer-pa-hjerneslag/>
- St.meld. nr. 47, (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-49-2008-2009-/id573654/>

St.prp. nr. 61 (2005-2006). *Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2007 (kommuneproposisjonen)*. Kommunal- og distriktsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-61-2005-2006-/id212235/?ch=14>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.

Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode. En praktisk tilnærming*. Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Matriser til dokumentene

Vedlegg 2: Annoteringer av dokumentene

Vedlegg 3: Kondensater, analytisk tekst, og gullsitater

Vedlegg 4: Spørreskjema

Vedlegg 5: Informasjonsskriv

Vedlegg 6: Rapport fra Nettskjema

Vedlegg 1: Matriser til dokumentene

Folketrygdløven

Dokument	Hensikt/ formål	Metode/målgruppe	Bygger på	Nøkkelord	Mål/Resultat
Folketrygdloven. (1997). <i>Lov om folketrygd.</i> (LOV-1997-02-28-19). Lovdata.	<ul style="list-style-type: none">- Å sikre økonomisk trygghet i ulike faser av livet, som for eksempel arbeidsløshet, sykdom og alderdom.- Bidra til å utjevne inntekt og levekår gjennom livet til den enkelte.- Bidra til hjelp til selvhjelp, ved at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg best mulig til daglig.	<ul style="list-style-type: none">- Medlemmer av Folketrygden (alle som er bosatt i Norge).§ 5-10. Behandling hos logoped og audiopedagog- Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos logoped og audiopedagog.- Det er et vilkår for rett til stønad at medlemmet er henvist fra lege.- Behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne.	Folketrygden	Økonomi Trygd Selvhjelp Logoped Audiopedagog Stønad Henvising Vesentlig betydning	<ul style="list-style-type: none">- Hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd.- § 5-10 Stønad til utredning og behandling av logoped/audiopedagog, dersom behandlingen er av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

Opplæringsloven

Dokument	Hensikt/ formål	Metode/målgruppe	Bygger på	Nøkkelord	Mål/Resultat
Opplæringsloven. (1998). <i>Lov om grunnskolen og den videregående opplæringen.</i> (LOV-1998-07-17-61). Lovdata.	<p>- opplæringen i skole og lærebedrift skal, i samarbeid og forståelse med hjemmet, åpne dører mot verden og fremtiden og gi elevene og lærlingene historisk og kulturell innsikt og forankring.</p> <p>- elevene og lærlingene skal utvikle kunnskap, dugelighet og holdninger for å kunne mestre livene sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet.</p> <p>§ 4A-2 Rett til spesialundervisning på grunnskolens område - voksne som har særskilte behov for opplæring for å kunne utvikle eller holde ved like grunnleggende dugelighet, har rett til slik opplæring.</p>	<p>For opplæring som er spesielt organisert for voksne, og som kommunen eller fylkeskommunen har ansvaret for, gjelder kapittel 4A.</p> <p>- Voksne med særskilte behov for opplæring (personer med afasi etter hjerneslag)</p> <p>- spesialundervisning</p>	Opplæringsloven	Opplæring Spesialundervisning Grunnleggende ferdigheter Kommune Fylkeskommune Kunnskap Dugelighet Mestring Delta i samfunnet	<p>Personer med afasi sin rett til utredning og behandling av logoped er hjemlet i Opplæringsloven, kapittel 4A-2.</p> <p>- Mestre livet og delta i arbeid og fellesskap i samfunnet.</p> <p>- Utvikle eller holde ved like grunnleggende dugelighet.</p>
<p>https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61</p>					

Nasjonal faglige retningslinje: Hjerneslag

Dokument	Hensikt/ formål	Metode	Bygger på	Nøkkelord	Målgruppe/Resultat
<p>Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje: Hjerneslag.</p> <p>Sist faglig oppdatert 06 oktober 2021</p>	<p>Nasjonale faglige retningslinjer blir gitt på områder med behov for nasjonal normering. Dette er gjerne problemstillinger der det er stor faglig uenighet og/eller variasjon i praksis. Helsedirektoratet har et lovfestet mandat til å utgi nasjonale faglige retningslinjer. Stor faglig uenighet innen et fagområde krever omfattende utredning og involvering av eksterne bidragsytere. Utredningen tar utgangspunkt i det metodiske rammeverket Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer.</p>	<p>GRADE metodikk som forskningsgrunnlag for utarbeidelse av ved bruk av PICO. Våren 2014 utarbeidet arbeidsgruppen spørsmål som de ønsket svar på. Disse ble omformulert til PICO. PICO står for: Population (pasientgruppe) Intervention (tiltak) Comparison (sammenligning) Outcome (utfall)</p>	<p>Nasjonal faglig retningslinje for hjerneslag erstatter IS-1688: «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag» fra 2010.</p> <p>Begrunnelse for revisjon i 2017 er at det er tilkommet ny kunnskap og nye rutiner på feltet, både innen behandling og rehabilitering av hjerneslag. (ref)</p>	<p>Rehabilitering Hjerneslag Organisering Individuelle behov Samarbeid Kommune Språk/talefunksjoner Språkvansker Kommunikasjonsvansker Diagnostisering Intervensjon Logoped Språktrening Mengde Hyppighet Intensitet Klinisk erfaring Språkstimulering Afasi Psykologvistisk tilnærming Effekt Kommunikasjonsstrategi ASK Pårørende Tiltak Veiledning av logoped Mestring</p>	<p>De kliniske problemstillingene som har blitt revidert, ble valgt ut fra områder hvor det sannsynligvis var tilkommet kunnskap og nye rutiner på feltet, og ut fra det følgende kriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre god kvalitet • Hindre uønsket variasjon i tjenesten • Sikre riktige prioriteringer • Løse samhandlingsutfordringer • Sikre helhetlig pasientforløp <p>Målgruppen for retningslinjen er helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten og helse og omsorgstjenesten i kommunene, samt beslutningstakere i helse og omsorgsadministrasjon, både kommunalt og regionalt.</p>

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>

Helse- og omsorgstjenesteloven

Dokument	Hensikt/ formål	Metode/målgruppe	Bygger på	Nøkkelord	Mål/Resultat
<p>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenest er m.m. (helse- og omsorgstjenest eloven)</p> <p>Dato: LOV-2011-06-24-30</p> <p>Publisert: i 2011 hefte 6 s 737</p> <p>Departement: Helse- og omsorgsdepartementet</p>	<p>Lovens formål er særlig:</p> <p>1 forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade og lidelse og nedsatt funksjonsevne.</p> <p>2: fremme sosial trygghet, bedre levevilkår for vanskeligstilte</p> <p>4. Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,</p> <p>5. Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.</p> <p>7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.</p>	<p>§ 1-2. Lovens virkeområde</p> <p>Loven gjelder for helse- og omsorgstjenesten som tilbys eller ytes i riket av kommuner eller private som har avtale med kommunen, når ikke annet følger av loven her.</p> <p>Departementet kan i forskrifter gi nærmere bestemmelser om hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven her.</p>		<p>Helse</p> <p>Forebygge</p> <p>Opplysning</p> <p>Veiledning</p> <p>Forsvarlighet</p> <p>Helhetlig og koordinert helse- og tjenestetilbud</p> <p>Tilstrekkelig fagkompetanse</p> <p>Kommunens ansvar</p> <p>Nødvendig helse og omsorgstjeneste</p> <p>Sosiale problemer</p> <p>Nedsatt funksjonsevne</p> <p>Gjennomføring</p> <p>Individuell plan</p> <p>Koordinerte tjenester</p> <p>Helhetlig tilbud til den enkelte</p>	<p>§ 3-2. Kommunens ansvar for helse og omsorgstjenesten</p> <p>For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:</p> <p>1.Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:</p> <p>5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.</p> <p>Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.</p> <p>§ 7-1. Individuell plan</p> <p>Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.</p>
<p>https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30</p>					

Forskrift om habilitering og rehabilitering

Dokument	Hensikt/ formål	Metode/målgruppe	Bygger på	Nøkkelord	Mål/Resultat
<p>Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). <i>Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator</i>. (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2011-12-16-1256</p>	<p>Formålet er å sikre:</p> <p>Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteyter og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåer.</p> <p>Sikre at tjenestene tilbys og ytes ut fra et pasient- og brukerperspektiv, i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø, samordnet, tverrfaglig og planmessig, og i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng.</p>	<p>-Målgruppen er pasienter som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering- og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltagelse</p>	<p>Helse og omsorgstjenesteloven</p>	<p>Rehabilitering Habilitering koordinator Samhandling mellom tjenester Brukerperspektiv Meningsfylt rehabilitering Bidra til stimulering av egenlæring Motivasjon Mestringsevne Likeverdig deltagelse Kommunens ansvar</p>	<p>Sikre at tjenestene tilbys og ytes:</p> <p>Ut ifra et pasient- og brukerperspektiv</p> <p>I eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø</p> <p>Samordnet, tverrfaglig og planmessig</p> <p>I en for pasientens meningsfylt sammenheng.</p>
<p>Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator - Lovdata</p>					

Samhandlingsreformen

Dokument	Hensikt/ formål	Metode/målgruppe	Bygger på	Nøkkelord	Mål/Resultat
St.meld. nr. 47, (2008-2009). <i>Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.</i> Helse- og omsorgsdepartementet.	<p>- bedre samhandling for helse- og omsorgssektoren, knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv.</p> <p>- bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover.</p>	<p>Kommuner Helseforetak Pasienter</p> <p>- Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging.</p> <p>- Dette for at et helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå.</p>	<p>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.</p> <p>- Helse- og omsorgstjenesteloven</p>	<p>Samhandling Helse og omsorg Pasientperspektiv Samfunnsøkonomisk perspektiv Forebygging Tidlig intervensjon Tidlig diagnostikk Behandling Oppfølging Pasientforløp Kommuner</p>	<p>Bedre samhandling for helse- og omsorgssektoren.</p> <p>Resultat: Førte til mange problemer. - Blant annet ble pasienter skrevet ut for tidlig og måtte vente lenge i kommunene.</p>
<p>https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-49-2008-2009-/id573654/</p>					

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

Dokument	Hensikt/ formål	Metode/målgruppe	Bygger på	Nøkkelord	Mål/Resultat
<p>Opptappingsplan for habilitering- og rehabilitering (2017-2019) Særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017)</p> <p>Publisert: Departement:</p>	<p>Opptappingsplanen retter seg hovedsakelig mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Planen gir en oversikt over hovedutfordringene på habilitering- og rehabiliteringsfeltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse.</p>	<p>Kommunene Brukere med funksjonsnedsettelse</p>	<p>Opptappingsplanen for habilitering- og rehabilitering 2017-2019, er et viktig satsningsområde for regjeringen. Planen ble varslet i Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjenestenærhet og helhet (Primærhelsetjenestemeldingen)</p>	<p>Habilitering Rehabilitering Kommunene Opptappingsplan Styrke brukerperspektiv Kvalitet i tjenestene Endret arbeidsformer Økt kompetanse Deltagelse Mestring Brukermedvirkning Intensiv innsats Godt samarbeid på tvers av tjenestenivå Koordinering og samarbeid mellom tjenestene Siloorganisert Tverrfaglighet Variasjon i kommunene Lange ventetider Lettere tilgang til logoped</p>	<p>Planen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne og over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten</p>
<p>https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf</p>					

Pakkeforløp: Hjerneslag

Dokument	Hensikt/ formål	Metode/målgruppe	Bygger på	Nøkkelord	Mål/Resultat
<p>Helsedirektoratet Hjerneslag Pakkeforløp</p> <p>Sist faglig oppdatert: 17.mars 2022</p>	<p>Formålet er å definere de aktuelle aktørers oppgaver og ansvarsområder og å forhindre uønsket tidsavbrudd mellom ulike aktørers oppgave, og derved sikre at pasienten(e) får adekvat diagnostikk og behandling på rett tid og på rett sted. Koordinering og samhandling må binde tjenestene sammen slik det fremgår av retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, kapittel 2: behandlingsskjede ved hjerneslag og i Veileder om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.</p>	<p>Helsepersonell, ledere/administratorer og beslutningstakere på ulike nivåer i helsetjenesten, og det vil gi brukerne forutsigbarhet og informasjon i behandlingsforløpet.</p> <p>Målepunktene i aktuelle pakkeforløp er vurdert av en bredt sammensatt ekspertgruppe til å være viktige elementer i et effektivt og godt forløp for slagpasienter og danner grunnlag for anbefalte forløpstider mellom ulike ledd i behandlingsskjeden.</p> <p>Pakkeforløpet er utarbeidet av arbeidsgruppe med representanter fra brukerorganisasjoner og relevante fagmiljø. Forslaget til pakkeforløpet har vært til høring, og alle innspillene er gjennomgått på en grundig og systematisk måte.</p>	<p>Kunnskapsgrunnlaget til den reviderte nasjonale retningslinjen for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2017).</p> <p>Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator.</p> <p>Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov.</p> <p>Prioriteringsveilederen.</p> <p>Pårørendeveilederen.</p>	<p>Helhetlig forutsigbart pasientforløp God informasjon Hjerneslag Rehabilitering Dagrehabilitering Døgnrehabilitering Kommune Tverrfaglighet Team Faggrupper: ergoterapeut, fysioterapeut, lege, sykepleier Tilgang på logoped og sosionom</p>	<p>Godt organisert, helhetlig og forutsigbare pasientforløp. Unngå unødig ikke- medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor. God informasjon og økt brukermedvirkning og brukertilfredshet.</p>

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjerneslag>

Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

Dokument	Hensikt/ formål	Metode/målgruppe	Bygger på	Nøkkelord	Mål/Resultat
<p>KPMG (7. desember, 2020). <i>Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).</i></p>	<p>- Å beskrive og sammensette et sammenlignbart statusbilde for utviklingen til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene mellom opptrappingsplanens oppstart 2017 og avslutning 2019.</p> <p>- Å evaluere effekten til sentrale tiltak og virkemidler i opptrappingsplanen og identifisere god praksis.</p> <p>- Å vurdere i hvilken grad sentrale tiltak og virkemidler bidrar til å oppnå målene som er beskrevet i opptrappingsplanen.</p>	<p>- Dokumentgjennomgang av styrende dokumenter, rapporter og evalueringer</p> <p>- Tilgjengelig statistikk.</p> <p>- En spørreundersøkelse distribuert til alle kommuner og helseforetak i spesialisthelsetjenesten, og et utvalg av brukerorganisasjoner og private institusjoner.</p> <p>- 50 semi-strukturerte intervjuer med kommuneansatte, ansatte i spesialisthelsetjenesten, private institusjoner, brukerorganisasjoner, forskere, ansatte i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.</p> <p>- 4 gruppeintervjuer med bruker- og interesseorganisasjoner og private institusjoner.</p> <p>- En digital workshop med omtrent 50 deltakere fra kommuner, spesialisthelsetjenesten, private rehabiliteringsinstitusjoner, bransjeorganisasjoner og statlige myndigheter.</p>	<p>Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).</p>	<p>Evaluering Opptrapping Habilitering Rehabilitering God praksis Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet Økt oppmerksomhet Anbefalinger Systematiske endringer</p>	<p>Konkluderer med at Opptrappingsplanen har bidratt til økt oppmerksomhet rundt habilitering og rehabilitering.</p> <p>- Ikke blitt noen endring på systemnivå.</p>

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/>

Vedlegg 2: Annoteringer av dokumentene

Folketrygdloven

Kilde

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

Sammendrag

Folketrygdlovens overordnede formål er å sikre økonomisk trygghet i ulike faser av livet, som for eksempel arbeidsløshet, sykdom og alderdom. Loven skal også bidra til å utjevne inntekt og levekår gjennom livet til den enkelte. Formålet er også å bidra til hjelp til selvhjelp, ved at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg best mulig til daglig (Folketrygdloven, 1997). Kapittel 5 i Folketrygdloven handler om stønad ved helsetjenester. Formålet med stønaden i dette kapitlet er å gi hel eller delvis kompensasjon for nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade og mer (Folketrygdloven, 1997, kap. 5). § 5-10 tar for seg behandling hos logoped og audiopedagog. Trygden gir stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos logoped og audiopedagog (Folketrygdloven, 1997). Vilkårene for å motta stønad er at personen må være henvist fra lege, og behandlingen må være av vesentlig betydning for sykdom og funksjonsevne (Folketrygdloven, 1997, § 5-10). Dette vil altså si at dersom kommunen ikke har kapasitet eller kompetanse til å gi pasienten logopedtilbud, kan Folketrygden dekke utgifter hos en privatpraktiserende logoped (Afasiforbundet, 2015).

Vurdering av kilden

Lovdata er en privat stiftelse opprettet i 1981 av Justisdepartementet og Det juridiske fakultetet i Oslo. Formålet med stiftelsen er å opprette, vedlikeholde og drive systemer for rettslig informasjon. Lovdatas styre har medlemmer fra sentrale institusjoner innen rettslivet i Norge, blant annet fra Stortinget, Det juridiske fakultetet på UiO, Justis- og beredskapsdepartementet, Den norske dommerforening og Advokatforeningen.

Refleksjon om relevans til masteroppgaven

Det eneste som er interessant for vår del i Folketrygdloven er § 5-10 Behandling hos logoped og audiopedagog. Pasienten må være henvist fra lege, og behandlingen må være av vesentlig betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne. Hva betyr vesentlig? Hvem skal bedømme om logopedisk behandling for pasienter med afasi etter hjerneslag er av vesentlig betydning eller ikke? Hvordan måler man dette?

Kilder

Afasiforbundet i Norge. (2015, 4. desember). *Retts til logoped*.
<https://afasi.no/category/rettillogoped/>

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

Opplæringsloven

Kilde

Opplæringsloven. (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringen*. (LOV-1998-07-17-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>

Sammendrag

I formålsparagrafen i Opplæringsloven står det at «*opplæringen i skole og lærebedrift skal, i samarbeid og forståelse med hjemmet, åpne dører mot verden og fremtiden og gi elevene og lærlingene historisk og kulturell innsikt og forankring*». I tillegg står det at «*elevene og lærlingene skal utvikle kunnskap, dugelighet og holdninger for å kunne mestre livene sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet*» (Opplæringsloven, 1998, § 1-1). Kapittel 4A omhandler opplæring spesielt organisert for voksne. I § 4A-2 Rett til spesialundervisning på grunnskolens område, står det: «*voksne som har særskilte behov for opplæring for å kunne utvikle eller holde ved like grunnleggende dugelighet, har rett til slik opplæring*» (Opplæringsloven, 1998, § 4A-2). Kapittel 4A gjelder for opplæring som er spesielt organisert for voksne, som kommunen eller fylkeskommunen har ansvar for. Personer med afasi sin rett til utredning og behandling av logoped er hjemlet i Opplæringsloven, kapittel 4A-2 (Afasiforbundet, 2015).

Vurdering av kilden

Lovdata er en privat stiftelse opprettet i 1981 av Justisdepartementet og Det juridiske fakultetet i Oslo. Formålet med stiftelsen er å opprette, vedlikeholde og drive systemer for rettslig informasjon (Lovdata, u.å.). Lovdatas styre har medlemmer fra sentrale institusjoner innen rettslivet i Norge, blant annet fra Stortinget, Det juridiske fakultetet på UiO, Justis- og beredskapsdepartementet, Den norske dommerforening og Advokatforeningen.

Refleksjon om relevans til masteroppgaven

Loven er aktuell for oss å benytte oss av i masteroppgaven, i den forstand at det er i Opplæringsloven retten til utredning og behandling av logoped for personer med afasi er hjemlet. Slik ser vi setningen i § 4A-2 i sammenheng med behandling for personer med afasi:

1. «Voksne som har særskilte behov for opplæring» = personer med afasi etter hjerneslag.
2. «..for å kunne utvikle eller holde ved like grunnleggende dugelighet» = Utvikle eller opprettholde språket etter hjerneslag.
3. «..har rett til slik opplæring» = Har rett til utredning og behandling av logoped.

Loven sier ikke noe i seg selv om hva slags type behandling det er snakk om, og nevner ikke noe spesifikt om afasirammede. Men den er i alle fall nyttig å ha med seg å analysere i oppgaven for å vise hvor retten til behandling og utredning av logoped for afasirammede er hjemlet.

Kilder

Afasiforbundet i Norge. (2015, 4. desember). *Rett til logoped*.
<https://afasi.no/category/rettillogoped/>

Lovdata. (u.å.). *Om Lovdata*. https://lovdata.no/info/om_lovdata
Opplæringsloven. (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringen*.
(LOV-1998-07-17-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>

Nasjonal faglige retningslinje: Hjerneslag

Kilde

Helsedirektoratet. (2017, 27. april). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>

Sammendrag

Retningslinjen ble utgitt av Helsedirektoratet første gang i 2010, og en delvis revidert utgave ble publisert i 2017. Kapittel fire i retningslinjen omhandler rehabilitering etter hjerneslag. I kapittel 4.1, organisering av slagrehabilitering, står det at: «*Alle kommuner bør tilby tverrfaglig døgn-, dag- og hjemmerehabilitering ut fra den slagrammedes individuelle behov, eventuelt i samarbeid med andre kommuner*» (Helsedirektoratet, 2017). Videre står det at det skal være tilgang på logopedtjenester umiddelbart etter utskrivning fra sykehuset, for å sikre kontinuitet i opplæringen (Helsedirektoratet, 2017, kap. 4.1). Det er også spesifisert at alle kommuner, eventuelt i samarbeid med andre kommuner, skal ha et opplæringstilbud til slagrammede med ervervede språk- og kommunikasjonsvansker (Helsedirektoratet, 2017, kap. 4.1). Språktrening ved afasi og/eller taleapraksi etter hjerneslag bør være spesifikk, igangsettes i akutfasen og være av tilstrekkelig mengde og hyppighet (Helsedirektoratet, 2017).

Vurdering av kilden

Helsedirektoratet har et samfunnsoppdrag som går ut på å styrke befolkningens helse gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå (Helsedirektoratet, 2023). Helsedirektoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og skal være faglig rådgiver, iverksette vedtatt politikk og forvalte lov og regelverk innenfor helsesektoren (Helsedirektoratet, 2023).

Refleksjon om relevans til masteroppgaven

Det som er spesielt interessant for vår oppgave i denne retningslinjen er at det i kapittel 4.1 står at det skal være tilgang på logopedtjenester umiddelbart etter utskrivning fra sykehuset, for å sikre kontinuitet i opplæringen (Helsedirektoratet, 2017, kap. 4.1). Det er også spesifisert at alle kommuner, eventuelt i samarbeid med andre kommuner, skal ha et opplæringstilbud til slagrammede med ervervede språk- og kommunikasjonsvansker (Helsedirektoratet, 2017, kap. 4.1). Retningslinjene anbefaler mengde og intensitet for logopedisk oppfølging, og forklarer hvordan rehabiliteringen kan utføres i praksis. Anbefalingen er et hjelpemiddel kommunene kan bruke til å ta forsvarlige valg som fremmer god praksis, kvalitet og likhet innenfor folkehelsen og for helsetjenesten. En slik anbefaling er ikke rettslig bindende, og det er opp til kommunene selv hvordan de vil organisere tjenestene. I oppgaven vår vil vi nettopp se på hvordan kommunene organiserer seg med tanke på språklig rehabilitering til personer med afasi, og om de har valgt å følge anbefalingene til blant annet Helsedirektoratet eller ikke.

Kilder

Helsedirektoratet. (2017, 27. april). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>

Helsedirektoratet. (2023, 23. januar). *Dette gjør Helsedirektoratet*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>

Helse- og omsorgstjenesteloven

Kilde

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Sammendrag

Formålet med Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) er blant annet å behandle og tilrettelegge for mestring av nedsatt funksjonsevne, fremme sosial trygghet, sikre at den enkelte kan ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1). Denne loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i kommunene eller av private som har avtale med kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-2). § 3-1, *Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester*, sier at nødvendig helse- og omsorgstjenester skal tilbys til alle personer som oppholder seg i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1).

Vurdering av kilden

Lovdata er en privat stiftelse opprettet i 1981 av Justisdepartementet og Det juridiske fakultetet i Oslo. Formålet med stiftelsen er å opprette, vedlikeholde og drive systemer for rettslig informasjon. Lovdatas styre har medlemmer fra sentrale institusjoner innen rettslivet i Norge, blant annet fra Stortinget, Det juridiske fakultetet på UiO, Justis- og beredskapsdepartementet, Den norske dommerforening og Advokatforeningen.

Refleksjon om relevans til masteroppgaven

Loven er relevant for oss i vår oppgave da den tar for seg behandling og tilrettelegging for mestring og nedsatt funksjonsevne, som da også naturligvis må inkludere nedsatte språkfunksjoner. Loven gjelder for tjenester som ytes i kommunene, som er relevant for oss da det er kommunene vi vil undersøke nærmere. Loven sier at nødvendige helse- og omsorgstjenester skal tilbys til alle personer som oppholder seg i kommunen. Er språklig rehabilitering for personer med afasi etter hjerneslag en nødvendig helse- og omsorgstjeneste? I så fall vil det være grunn til å tro at organiseringen av den språklige rehabiliteringen, muligens, er basert på helse- og omsorgstjenesteloven.

Kilder

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Forskrift om habilitering og rehabilitering

Kilde

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*. (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2011-12-16-1256>

Sammendrag

Formålet med forskriften, er å sikre at pasienter som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering- og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltagelse. Videre er formålet å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteyter og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåer. Forskriften skal sikre at tjenestene tilbys og ytes ut fra et pasient- og brukerperspektiv, i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø, samordnet, tverrfaglig og planmessig, og i en meningsfylt sammenheng for pasienten og brukeren.

Vurdering av kilden

Lovdata er en privat stiftelse opprettet i 1981 av Justisdepartementet og Det juridiske fakultetet i Oslo. Formålet med stiftelsen er å opprette, vedlikeholde og drive systemer for rettslig informasjon. Lovdatas styre har medlemmer fra sentrale institusjoner innen rettslivet i Norge, blant annet fra Stortinget, Det juridiske fakultetet på UiO, Justis- og beredskapsdepartementet, Den norske dommerforening og Advokatforeningen.

Refleksjon om relevans til masteroppgaven

Det som er av relevans for oppgaven vår er at tjenesten skal tilbys ut fra et bruker- og pasientperspektiv. Ved at personer med afasi skal få et tilbud om språklig rehabilitering, og selv kan være med på utformingen av behandlingsopplegget. Det skal tilbys nær personen, som vi tenker er i kommunen. Rehabiliteringen skal være tverrfaglig, og til personer med afasi, tenker vi at logoped er en naturlig faggruppe å ha med. Logopeden er viktig for å stimulere til egen læring, motivasjon, økt funksjons og mestringsevne. Språkfunksjonen er viktig i deltagelse i samfunnet.

Kilder

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*. (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2011-12-16-1256>

Samhandlingsreformen

Kilde

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

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Sammendrag

Stortingsmeldingen vektlegger bedre samhandling for helse- og omsorgssektoren, knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Stortingsmeldingen sier at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover. Samhandlingsreformen ble iverksatt 01. januar 2012, og skulle bedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak for å få bedre pasientforløp. Rett behandling – på rett sted – til rett tid (St.meld. nr. 47, (2008-2009)). I reformen står det at en samlet helsetjeneste i størst mulig grad bør finnes i kommunene, og at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging (St.meld. nr. 47, (2008-2009)). Dette for at et helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå.

Vurdering av kilden

En melding til Stortinget er et dokument fra Norges regjering til Stortinget om saker som regjeringen ønsker å orientere Stortinget om eller få drøftet, uten forslag til vedtak (regjeringen.no, u.å.). Reformen er fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), som har overordnet ansvar for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester (regjeringen.no, u.å.).

Refleksjon om relevans til masteroppgaven

Samhandlingsreformen virker for oss å være en av de viktigste dokumentene vi kan bruke i vår analyse til masteroppgaven. Dette fordi denne reformen direkte tar for seg samhandlingen i helse- og omsorgssektoren på et kommunalt nivå. Den tar for seg behovet for en samlet helsetjeneste i kommunene, og at kommunene skal sørge for helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Hvor havner språk rehabilitering til personer med afasi inn i dette? Og er reformen virkelig mulig i praksis? Grimsmo (2015) tar opp problemer som kom i etterkant av innføringen av Samhandlingsreformen. Pasienter ble utskrivningsklare tidligere enn før, ofte uten at det ble tatt hensyn til hvor dårlige pasienten var. Kommunenes behov for planlegging ble det vist lite fleksibilitet for, og det ble derfor færre ventende pasienter i sykehus, men flere pasienter i kommunene som måtte vente lenger på avlastning og plass i sykehjem. Det konkluderes med at veien videre krever mange justeringer (Grimsmo, 2015). Hvordan passer denne reformen inn i kommunene vi skal undersøke, har de tatt den til etterretning eller blir den ikke fulgt? En sammenligning av kommunens retningslinjer for språk rehabilitering til personer med afasi og Samhandlingsreformen hører nok hjemme i oppgaven vår.

Kilder

Grimsmo, A. (2015). Samhandlingsreformen – hva nå? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 135(17), 1528. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0810>

Regjeringen.no. (u.å.). *Helse- og omsorgsdepartementet*.
<https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>

Regjeringen.no. (u.å.). *Meldingar til Stortinget*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokument/meldst/id1754/>

St.meld. nr. 47, (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

Kilde

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017). Helse og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>

Sammendrag

Planen ble varslet i Meld. St. 26 (2014-2015) og retter seg mot brukere med funksjonsnedsettelse på grunn av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, 2017-2019). Et mål i planen var at kommunen, i samsvar med befolkningens behov, skulle kunne gi et godt habilitering- og rehabiliteringstilbud. På sikt var målet at kommunene skulle overta oppgaver som ble utført av spesialisthelsetjenesten. Opptappingsplanen går også igjennom hovedutfordringene på feltet, og legger frem både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. En styrkning av brukerperspektivet og bedret kvalitet på tjenestene er også mål i Opptappingsplanen.

Vurdering av kilden

«Regjeringen.no er den offentlige informasjonstjenesten på internett hvor informasjon og tjenester fra regjeringen, departementene og Statsministerens kontor formidles til publikum» (Regjeringen.no, 2011). Regjeringen.no skal inneholde relevant og aktuell informasjon av høy kvalitet, hvor hensikten er å presentere regjeringens politiske budskap, samt gi korrekt, oppdatert og helhetlig informasjon om rettigheter og plikter (Regjeringen.no, 2023).

Refleksjon om relevans for masteroppgaven

Planen skulle bidra til at kommunen kunne gi et helhetlig og tverrfaglig rehabiliteringstilbud til innbyggerne, og over tid ta over flere av spesialisthelsetjenestens rehabiliteringsoppgaver. Dette er interessant for vår oppgave fordi vi kan se nærmere på om opptappingsplanen har ført til endringer på utfordringsområdene som er nevnt i planen. En av utfordringene opptappingsplanen tar for seg er tilgangen til logoped i kommunen. I tillegg tar planen for seg overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Her nevnes det at det er en forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid mellom tjenestene, større kapasitet, og endrede arbeidsformer. Hvordan har kommunene løst dette med tanke på den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag? Er logoped en del av det tverrfaglige miljøet i kommunen?

Kilder

Meld. St. 26, (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017). Helse og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>

Regjeringen. (2011, 01. januar). *Strategi og organisering av regjeringen.no*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-og-organisering-av-regjeringenn/id641504/>

Regjeringen.no (2023, 01. februar). *Innholdsstrategi for regjeringen.no*. Regjeringen.no. https://www.regjeringen.no/no/om-nettstedet/innholdsstrategi/id2076583/#tocNode_1

Pakkeforløp: Hjerneslag

Kilde

Helsedirektoratet. (2022, 17. mars). *Pakkeforløp hjerneslag*.
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjerneslag>

Sammendrag

For at hjerneslagpasienter skal oppleve godt organiserte, helhetlige og forutsigbare pasientforløp, ble det utviklet et pakkeforløp for hjerneslag (Helsedirektoratet, 2022). Formålet med pakkeforløpet er også å unngå unødige forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2022). Likeverdig tilbud, god informasjon, økt brukermedvirkning, og et forløp som er individuelt tilpasset til den totale situasjonen og behovet til pasienten, står i fokus i pakkeforløpet (Helsedirektoratet, 2022). Pakkeforløpet peker også på viktigheten av å velge riktig rehabiliteringsnivå. For å kunne sikre riktig nivå av rehabilitering er det nødvendig med en individuell, tverrfaglig vurdering. Kombinasjonen av skårene ved Barthel ADL Index (Mahoney & Barthel, 1965) og Modified Rankin Scale (Rankin, 1957) vil gi en indikasjon på riktig rehabiliteringsnivå (Helsedirektoratet, 2022).

Vurdering av kilden

Helsedirektoratet har et samfunnsoppdrag som går ut på å styrke befolkningens helse gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå (Helsedirektoratet, 2023). Helsedirektoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og skal være faglig rådgiver, iverksette vedtatt politikk og forvalte lov og regelverk innenfor helsesektoren (Helsedirektoratet, 2023).

Refleksjon om relevans til masteroppgaven

Oppgaven vår handler om organiseringen av det språklige rehabiliteringstilbudet til personer med afasi etter hjerneslag. Derfor er pakkeforløpet spesielt interessant i vår oppgave, da den fokuserer på godt organiserte, helhetlige og forutsigbare pasientforløp etter hjerneslag. Hva betyr godt organiserte? Formålet med pakkeforløpet er også å unngå unødige forsinkelser i både utredning og behandling/rehabilitering. Hvordan klarer kommunene å sikre dette med tanke på logopeddekning i kommunen?

Kilder

Helsedirektoratet. (2022, 17. mars). *Pakkeforløp hjerneslag*.
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjerneslag>

Helsedirektoratet. (2023, 23. januar). *Dette gjør Helsedirektoratet*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>

Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

Kilde

KPMG (7. desember, 2020). *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/>

Sammendrag

Formålet med evalueringen var å beskrive og sammensette et sammenlignbart statusbilde for utviklingen til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene mellom opptrappingsplanens oppstart 2017 og avslutning 2019. Formålet var også å evaluere effekten til sentrale tiltak og virkemidler i opptrappingsplanen og identifisere god praksis. Til slutt var en del av formålet også å vurdere i hvilken grad sentrale tiltak og virkemidler bidrar til å oppnå målene som er beskrevet i opptrappingsplanen (KPMG, 2020).

Vurdering av kilden

KPMG er et internasjonalt nettverk av revisjons- og rådgivningsselskaper. Evalueringen ble gjennomført i perioden mars – november 2020. Evalueringen er basert på dokumentgjennomgang, tilgjengelig statistikk, en spørreundersøkelse distribuert til alle kommuner og helseforetak i spesialhelsetjenesten og et utvalg andre, 50 semi-strukturerte intervjuer med kommuneansatte, og ansatte andre steder, 4 gruppeintervjuer med bruker- og interesseorganisasjoner, en digital workshop med omtrent 50 deltakere fra kommuner og andre instanser.

Refleksjon om relevans til masteroppgaven

Vi tenker at Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019) er interessant for oss å bruke i vår oppgave, da denne spesifikt tar for seg forbedring av habilitering og rehabilitering i kommuner og andre instanser. Da vil også evalueringen av Opptrappingsplanen være av interesse for oss, da evalueringen tar for seg effekten av planen. Den legger frem positive effekter av Opptrappingsplanen, samt systematiske svakheter. Evalueringen kommer frem til sju anbefalingspunkter som kan bidra til å oppnå en kursendring i habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

Kilder

KPMG (7. desember, 2020). *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/>

Vedlegg 3: Kondensater, analytisk tekst, og gullsitater

Kodegruppe 1: Anbefalt behandling og språklig rehabilitering

Subgruppe 1: Intensitet

Kondensat: Språktrening ved afasi etter hjerneslag bør være spesifikk, igangsettes i akutfasen og være av tilstrekkelig mengde og hyppighet. Dokumentasjonen viser en effekt av intensiv språktrening sammenlignet med lavintensiv språktrening. Intensiv språktrening kan gi en positiv effekt på språkfunksjon (språkforståelse, benevning og flytende tale) i dagliglivet. Det er ingen negative utfall med tiltaket. Både forskningsevidens og klinisk erfaring indikerer at det er viktig for bedring av afasi at pasienten bruker språk mye, både i terapi og ellers. Det anbefales intensiv språktrening i en tidsbegrenset periode for personer med afasi i kronisk fase, med 5 timer eller mer per uke. Det kreves målrettet innsats fra helse- og omsorgstjenesten med mer intensiv innsats i perioder, for å bedre funksjon over tid.

Analytisk tekst: Det er viktig at pasienter med afasi som følge av hjerneslag bruker språket mye. Både forskning, dokumentasjon og klinisk erfaring tyder på at intensiv språktrening har god effekt for personer med afasi som følge av hjerneslag, sammenlignet med lavintensiv språktrening. For å få til dette, kreves det intensiv innsats fra helse- og omsorgstjenesten i perioder. Det er anbefalt med spesifikk språktrening som settes i gang i akutfasen, og er av tilstrekkelig mengde og hyppighet. Det vil si 5 timer eller mer med språktrening per uke for personer med afasi i kronisk fase, som kan føre til bedring på språkfunksjon i dagliglivet. Denne intensive språktreningen har ingen negative utfall.

Kodegruppe 1: Anbefalt behandling og språklig rehabilitering

Subgruppe 2: Tidlig innsats

Kondensat: Kommuner skal ha en plan for habilitering og rehabilitering, og sørge for en helhetlig tenking med blant annet tidlig intervensjon. Behov bør identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig. Tidlig innsats på rehabiliteringsfeltet kan bedre den enkeltes funksjon og hjelpe til med å komme fortere tilbake til arbeidslivet, samt redusere ytterligere behov for sykemeldinger, institusjonsplass o.l. 80 % av pasienter som henvises til kommunal rehabilitering bør være mottatt til rehabilitering innen 7 dager. Tidlig diagnostisering og behandling av språk- og kommunikasjonsvansker er logopedens arbeidsfelt og kan fremme bedring. Klinisk erfaring tilsier at språkterapi bør gis så tidlig som mulig. Opplæringstilbud til slagrammede med afasi, bør organiseres slik at det er tilgang til logopedtjenester umiddelbart etter utskrivning fra sykehus for å sikre kontinuitet i opplæringen. Forskning viser at tidlig og aktiv rehabilitering øker sjansen for å gjenvinne tapte funksjoner hos slagpasienter.

Analytisk tekst: Tidlig innsats vil si at behov hos brukerne bør identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig. Når det kommer til språk- og kommunikasjonsvansker, viser klinisk erfaring at språkterapi bør settes i gang så tidlig som mulig, og for slagrammede med afasi bør det være logoped tilgjengelig rett etter utskrivning fra sykehus. Dette for at det skal være en kontinuitet i opplæringen, samt å øke sjansen for å gjenvinne tapte funksjoner. Tidlig innsats innen rehabiliteringsfeltet kan føre med seg en rekke positive virkninger. Blant annet kan tidlig innsats bedre funksjon hos den enkelte, som igjen kan føre til at personen kan komme fortere tilbake til arbeidslivet. Tidlig innsats kan også føre til at personen ikke trenger plass på institusjoner, og

reduisert behov for lengre sykemeldinger. Det er kommunene som har ansvaret for å sørge for en helhetlig tenking med tidlig intervensjon som et utgangspunkt.

Gullstat fra kondensatene i kodegruppe 1: Språklig rehabilitering til personer med afasi som følge av hjerneslag bør settes i gang så tidlig som mulig, og være av tilstrekkelig mengde (5 timer eller mer i uka) og varighet, for å oppnå en rekke positive effekter for brukeren og samfunnet generelt.

Kodegruppe 2: Ansvar

Subgruppe 1: Helhetlig tilbud

Kondensat: De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene skal integreres i et samlet tverrfaglig tilbud. Det skal være en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i alle kommuner, som har ansvar for å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Analytisk tekst: Ansvaret for å sikre et helhetlig tilbud til personer som trenger habilitering eller rehabilitering, ligger hos den koordinerende enheten i hver kommune. Personer som har et rehabiliteringsbehov har ofte sammensatte vansker, som gjerne trenger innsats fra flere yrkesgrupper. Dersom slike behov for tverrfaglig innsats oppstår, skal de kommunale helse- og omsorgstjenestene samarbeide med andre tjenesteytere for at personen skal få et helhetlig, tverrfaglig tjenestetilbud.

Kodegruppe 2: Ansvar

Subgruppe 2: Kommunalt ansvar

Kondensat: Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen har ansvar for å planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, og integrere den i et samlet tverrfaglig habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Kommunen skal gi bistand til utredning av kognitiv funksjon etter hjerneslag, når den slagrammede ønsker å komme tilbake i jobb eller utdanning. For voksne med språk- og talevansker har opplæringsetaten et spesielt ansvar. Det er en uklar avgrensning mellom spesialhelsetjenesten og kommunene sitt ansvar. Begge har ansvaret for å levere tjenester, og kommunen har overordnet ansvar for å koordinere tjenester. Det anbefales å gjøre et tydeligere skille på ansvarsområdet med levering av tjenester og koordinering av tjenester.

Analytisk tekst: Det fremkommer av dokumentene at det er noe uklarerheter i avgrensning mellom spesialhelsetjenesten og kommunene sitt ansvar. Begge har ansvar for å levere tjenester, og kommunen har ansvar for å koordinere tjenestene. Det er anbefalt et tydeligere skille mellom disse ansvarsområdene, slik at personer med et rehabiliteringsbehov ikke blir stående for seg selv uten en klar og tydelig plan videre. Det som er sikkert er at kommunen har ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen får tilbud om nødvendig helse- og omsorgstjenester, og de har ansvar for planlegging av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten, og også samle dette i ett tverrfaglig tilbud. Opplæringsetaten har et spesielt ansvar for voksne med språk- og talevansker.

Kodegruppe 2: Ansvar

Subgruppe 3: Spesialhelsetjenestens ansvar

Kondensat: Det er en uklar fordeling av ansvar for levering av habilitering- og rehabiliteringstjenester mellom kommunene og spesialhelsetjenesten. Både spesialhelsetjenesten og kommunen har ansvar for å levere tjenester innen habilitering og rehabilitering, og å sørge for at pasienter får nødvendig rehabilitering. Spesialhelsetjenesten har sørge-for-ansvaret for spesialhelsetjenester, når f.eks. kommunen har behov for mer spesialisert kompetanse enn det som finnes i kommunen. Ansvaret til spesialhelsetjenesten følger av spesialisthelsetjenesteloven. Pakkeforløp hjerneslag varer i tre måneder etter hjerneslaget. Spesialhelsetjenesten har ansvar for kartlegging, forebygging av nye hjerneslag, komme frem til videre oppfølging, hjelpetilbud eller rehabilitering i denne perioden.

Analytisk tekst: Det fremkommer også i denne subgruppen (som i subgruppe 2), at det er de samme uklarheter i ansvarsområdene mellom spesialhelsetjenesten og kommunene. Spesialhelsetjenesten har ansvar for spesialhelsetjenester, og de har også ansvaret for å følge opp slagpasienter i tre måneder etter hjerneslaget. Når kommunene har behov for mer spesialisert kompetanse enn det de har i kommunene, er det også spesialhelsetjenestens ansvar å bringe denne kompetansen til bordet etter henvisning fra kommunen.

Gullsitat fra kondensatene i kodegruppe 2:

Det er en uklar avgrensning mellom spesialhelsetjenesten og kommunene sitt ansvar for levering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Begge har ansvaret for å levere tjenester og sørge for at personer får nødvendig rehabilitering, og kommunen har overordnet ansvar for å koordinere tjenester. Det anbefales å gjøre et tydeligere skille på ansvarsområdet med levering av tjenester og koordinering av tjenester.

Kodegruppe 3: Brukermedvirkning

Subgruppe 1: Mestring

Kondensat: Pasientenes mestring av eget liv er en sentral målsetting på mange av helse- og omsorgssektorens områder, deriblant rehabilitering. Det er ofte samspillet mellom helsetjenestene og de ulike kommunale tjenestene som kan legge til rette for mestring. I rehabiliteringstjenesten er det viktig med økt fokus på mestring i hverdagslivet. Det legges vekt på 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.

Analytisk tekst: Rehabiliteringstjenesten bør ha et økt fokus på mestring i hverdagslivet, slik at den enkelte person kan mestre sitt eget liv, eller gjenopprette funksjoner og egenmestring i størst mulig grad. Dette er et sentralt mål i rehabilitering i helse- og omsorgssektoren. Ved å samarbeide tverrfaglig i helsetjenestene og de kommunale tjenestene, kan det på best mulig måte legges til rette for mestring.

Kodegruppe 3: Brukermedvirkning

Subgruppe 2: Selvbestemmelse

Kondensat: Kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud, dvs. medvirkning i planlegging, utforming, utøving og evaluering av tilbudet. Dette er en grunnleggende pasient- og brukerrettighet, som sikrer en best mulig gjennomføring. Retten til selv- og medbestemmelse er en viktig del av prinsippet om respekt for pasientens integritet. Pasienter som medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser, som kan bedre prognosen for gode resultater.

Analytisk tekst: En grunnleggende pasient- og brukerrettighet er å få medvirke i planlegging, utforming, utøving og evaluering av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Slik brukermedvirkning sikrer en best mulig gjennomføring, ivaretar brukerens integritet, og bedrer prognosen for gode resultater. Kommunen og det regionale helseforetaket har ansvar for å tilrettelegge for brukermedvirkning.

Gullsitat fra kondensatene i kodegruppe 3: Retten til selvbestemmelse og brukermedvirkning sikrer best mulig gjennomføring av rehabiliteringstjenester, ivaretar brukerens integritet og kan bedre prognosen for gode resultater og mestring i hverdagslivet.

Kodegruppe 4: Koordinering av språklig rehabilitering og opplæring

Subgruppe 1: Tverrfaglighet innad i kommunen

Kondensat: For å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp til beste for den enkelte bruker er det nødvendig med gode og systematiske samhandlingsverktøy og samhandlingsrutiner både mellom tjenestenivåene og innad i de ulike tjenestene. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud. Tjenestene i kommunene er organisert i siloer der de ulike faggruppene og tjenestene er organisert hver for seg i egne organisatoriske enheter. Dette er en viktig årsak til at tilbudet fremstår oppdelt for brukerne. Ofte mangler et systematisk tverrfaglig samarbeid som kan sikre tidlig kartlegging av brukernes behov for behandling og oppfølging. Oppvekst- og helse og omsorgssektoren snakker to forskjellige språk og har ulike kulturer. Videre har man ulike lovverk som fagene er forankret i, hvilket kan vanskeliggjøre tverrfaglig samarbeid. Mangel på tverrfaglig samarbeid og planlegging medfører at brukere med kronisk sykdom ikke får tilstrekkelig systematisk oppfølging og for dårlig opplæring. Dette øker risiko for dårlig egenmestring og funksjonsfall som kunne vært unngått. Det er mangel på felles systemer og for dårlig kommunikasjon internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, og ikke minst for lite samarbeid på tvers av nivåene. Mange venter for lenge på tilbud i kommunen etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

Analytisk tekst: Gode samhandlingsrutiner mellom tjenestenivåer og innad i de ulike tjenestene, samt et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud, er viktig for å få til et best mulig og helhetlig pasientforløp for den enkelte bruker. I dokumentene fremkommer det flere problemområder innad i kommunen, i hovedsak på grunn av kommunenes siloorganisering av tjenester. Dette betyr at de forskjellige tjenestene og faggruppene er organisert hver for seg i egne organisatoriske enheter. I tillegg er det ulike lovverk som helse- og omsorgs- og oppvekstsektoren er forankret i. Både organiseringen og de ulike

forankringene gjør det vanskeligere med et tett, tverrfaglig samarbeid. Dette er en stor årsak til at rehabiliteringstilbudet fremstår som oppdelt for brukerne. Dette problemet med å samarbeide på tvers av tjenester og faggrupper fører til at brukere ikke får tilstrekkelig oppfølging, for dårlig opplæring, og øker risikoen for dårlig egenmestring og funksjonsfall som kunne vært unngått. I tillegg er det mange brukere som venter lenge på tilbud i kommunene etter utskrivning fra sykehus, på grunn av mangel på felles systemer, for lite samarbeid på tvers av nivåene, og for dårlig kommunikasjon internt i kommunen og med spesialhelsetjenesten.

Kodegruppe 4: Koordinering av språklig rehabilitering og opplæring

Subgruppe 2: Tverrfaglighet mellom kommuner og spesialhelsetjenesten

Kondensat: Et godt samarbeid på tvers av tjenestenivåer er ofte avgjørende for et godt rehabiliteringstilbud. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater. En viktig forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid. Det gjelder internt i kommunene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Tilbudet må bygge på tverrfaglighet og være tilgjengelig i alle faser av sykdomsforløpet, både i sykehus (slagenhet og rehabiliteringsavdeling), i ulike rehabiliteringsinstitusjoner og i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Organiseringen av rehabiliteringskjeden blir derfor viktig. Mange profesjoner og instanser er involvert i rehabilitering generelt og slagrehabilitering spesielt.

Tjenestenivåene har plikt til å utarbeide samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, hvor bl.a. habilitering og rehabilitering skal beskrives. Formålet med samarbeidet er at pasienter og brukere kan motta helhetlige tilbud.

Mange brukere opplever svikt i koordinering av tjenestene, spesielt i overgang mellom primær- og spesialhelsetjeneste, og å bli overlatt til seg selv etter utskrivning. Dette kan i vesentlig grad redusere effekten av tiltakene som er gjort i spesialisthelsetjenesten. Ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunene og spesialhelsetjenesten oppleves mange steder som uklar.

Analytisk tekst: For å få et godt rehabiliteringstilbud er det en forutsetning med god koordinering og samarbeid på tvers av tjenestenivåer. Derfor skal den kommunale helse- og omsorgstjenesten samarbeide med andre etater, internt i kommunen, mellom kommuner og spesialhelsetjenesten ved behov. Dette samarbeidet skal bygge på tverrfaglighet, og være tilgjengelig i alle faser av sykdomsforløpet; både i spesialhelsetjenesten og i kommunene. Fordi det er så mange instanser som skal være involvert i rehabiliteringsprosessen, er det ekstra viktig med en god organisering. Formålet med et slikt samarbeid er et best mulig og helhetlig tilbud til brukerne. Dessverre fremkommer det i dokumentene at mange brukere opplever svikt i koordineringen av tjenestene og, og da spesielt i overgangen fra primær- til spesialhelsetjenesten. Ansvarsfordelingen mellom kommunen og spesialhelsetjenesten oppleves som uklar. Dette fører til at mange føler seg overlatt til seg selv.

Gullsitat fra kondensatene i kodegruppe 4:

For å sikre helhetlig og sammenhengende pasientforløp til beste for den enkelte bruker, er det nødvendig med gode og systematiske samhandlingsrutiner innad i kommunen, mellom kommuner og spesialhelsetjenesten. Mange brukere opplever svikt i koordineringen på grunn av mangel på felles systemer, dårlig kommunikasjon og for lite samarbeid på tvers av nivåene.

Kodegruppe 5: Tilgjengelighet og kompetanse

Subgruppe 1: Behandlingsventetid

Kondensat: Enkelttjenester som skal bistå brukeren mangler eller har uakseptabel lang ventetid. Kapasiteten i mange av deltjenestene er for dårlig, og mange kommuner mangler deler av basiskompetansen for å gi et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Mange steder er tilbudet til brukere med kognitive vansker mangelfullt.

Logopedtjenester, sansemotorisk trening og ernæringskompetanse er viktige funksjoner som mangler i mange kommuner. Mange brukere opplever derfor lang ventetid og brudd i forløpene. Når kapasiteten eller utvalget av tjenester er begrenset, øker risikoen for at personer med mindre omfattende behov ikke får et tilbud på et tidlig nok tidspunkt. Det medfører unødvendige plager, sykefravær og mer omfattende behov for tjenester senere i forløpet.

Analytisk tekst: I mange kommuner er tilbudet til brukere med kognitive vansker mangelfullt, på grunn av dårlig kapasitet og manglende basiskompetanse for å gi et godt rehabiliteringstilbud. Viktige funksjoner som ofte mangler i kommunene som nevnes i dokumentene er logopedi- og ernæringskompetanse, samt sansemotorisk trening. Dette fører til at tjenester som skal bistå brukerne har uakseptabelt lang ventetid og brudd i forløpene. Dette fører også til en økt risiko for at brukere med et mindre omfattende behov blir satt til siden og ikke får tilbud raskt nok, som igjen medfører større ressurstap for kommunene på sikt med tanke på sykefravær og mer omfattende behov for tjenester senere.

Kodegruppe 5: Tilgjengelighet og kompetanse

Subgruppe 2: Ressurstilgang/logopedtilgang

Kondensat: Helsedirektoratet har ikke oversikt over hvor mange årsverk det er for logopeder i kommunene, men yrkesgrupper oftest nevnt hvor det opplevdes mangel på ressurser er ernæringsfysiologer og logopeder. I småkommunene oppleves tilgangen til logopedkompetanse å være mangelfull. Det kjøpes gjerne tjenester fra andre kommuner eller private aktører, uten at man har inngått avtale eller er sikret tilgang til tjenesten ved behov. Videre kan det være en utfordring i småkommunene at man har ansatte som logopeder, ergoterapeuter og psykologer i deltidsstillinger, noe som gir redusert kapasitet i tjenesten. Språklig rehabilitering til personer med afasi som følge av hjerneslag vil kunne gjennomføres på sykehus eller i kommunene, først og fremst avhengig av tilgjengelighet på logopedressurser. Gjennomførbarheten vil først og fremst variere avhengig av ressurstilgangen (logopedkompetanse). Tilgang til logopedtjenester er for mange pasienter helt nødvendig for å utvikle eller få tilbake nødvendig funksjoner. For enkelte pasientgrupper er det avgjørende med rask oppfølging hos logoped. Samtidig er det dokumentert at dette er et tjenestetilbud som er mangelfullt utbygd i mange av landets kommuner og fylkeskommuner. Det er finansielle og organisatoriske grunner til dette. Sett i sammenheng med utviklingen som antas å øke behovet for logopedtjenester framover, er det grunn til å se nærmere på det totale tjenestetilbudet. Regjeringen vil starte opp et arbeid for tydeligere å definere roller og ansvar for logopedtjenester innen rehabiliterings- og habiliteringsfeltet.

Analytisk tekst: Ernæringsfysiologer og logopeder er de yrkesgruppene hvor det oftest oppleves mangel på ressurser i kommunene, spesielt mangelfull er logopedkompetanse i småkommunene. Kommuner kjøper gjerne tjenester fra private aktører eller andre kommuner, uten at det inngås avtaler som medfører at man ikke nødvendigvis er sikret tilgang til tjenesten ved behov. Det er også en utfordring at logopeder, ergoterapeuter og

psykologer ansettes i små deltidsstillinger, som gir redusert kapasitet i tjenesten. Årsakene til denne reduserte og manglende kapasiteten er finansielle og organisatoriske. For enkelte pasientgrupper, som for eksempel slagrammede personer med afasi, er det helt nødvendig med rask tilgang og oppfølging av logoped for å utvikle eller få tilbake nødvendige funksjoner knyttet til språket. I dokumentene fremkommer det at regjeringen vil starte opp et arbeid for å tydeligere definere roller og ansvar for logopedtjenester innen rehabiliterings- og habiliteringsfeltet. Dette på grunnlag av utviklingen som antas å øke behovet for logopedtjenester fremover.

Gullsitat fra kondensatene i kodegruppe 5: For enkelte pasientgrupper er det helt avgjørende med rask oppfølging hos logoped. Samtidig er det, på grunn av finansielle og organisatoriske grunner, mangelfull tilgang til logoped og ernæringsfysiolog i mange kommuner, noe som fører til lang ventetid og brudd i pasientforløpene.

Vedlegg 4: Spørreskjema med samtykkeerklæring

Spørreskjema: Språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag

- 1. Jeg bekrefter at jeg har fått tilstrekkelig med informasjon om spørreundersøkelsen og samtykker med dette til at mine svar kan brukes i dette masterprosjektet.**

JA

- 2. Hvor er du ansatt?**

PPT

Helse: Koordinerende enhet/tjenestekontor/forvaltningskontor

- 3. Hvilken utdanning har du?**

Logoped

Spesialpedagog

Sykepleier

Ergoterapeut

Fysioterapeut

Rådgiver

Lederutdanning

Pedagog

Lærere

Barnehagelærer

Annen

- 4. Hvilken annen utdanning har du?**

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annen» er valgt i spørsmålet «Hvilken utdanning har du?»

- 5. Hvor stor er kommunen din?**

Liten (færre enn 5000 innbyggere)

Mellomstor (mellom 5000 og 19.999 innbyggere)

Stor (20.000 innbyggere eller fler)

6. Har arbeidsplassen din fastsatte retningslinjer for språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

Ja
Nei
Vet ikke

7. Hvilke lover/retningslinjer ligger til grunn for din/deres vurdering av logopedbehandling til personer med afasi etter hjerneslag?

Flere svaralternativer er lov.

Du må velge minst ett svaralternativ.

Opplæringsloven
Folketrygdloven
Helse- og omsorgsloven
Andre
Vet ikke

8. Hvilke andre lover/retningslinjer?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andre» er valgt i spørsmålet «Hvilke lover/retningslinjer ligger til grunn for din/deres vurdering av logopedbehandling til personer med afasi etter hjerneslag?»

9. I kommunen din, hvem har ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

PPT
Helse: Koordinerende enhet/tjenestekontor/forvaltningskontor
Voksenopplæringen
Andre
Vet ikke

10. Hvem burde hatt ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

PPT
Helse: Koordinerende enhet/tjenestekontor/forvaltningskontor
Andre

11. Hvem andre burde ha ansvaret for tildeling?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andre» er valgt i spørsmålet «Hvem burde hatt ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?»

12. Får personer med afasi etter hjerneslag utarbeidet sakkyndig vurdering som omfatter språkvanskene?

Ja

Nei

Vet ikke

13. Hvorfor ikke?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Får personer med afasi etter hjerneslag utarbeidet sakkyndig vurdering som omfatter språkvanskene?»

Mangel på språkkompetanse

Ikke rutiner for dette i kommunen

Økonomiske årsaker

Andre årsaker

14. Hvilke andre årsaker?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andre årsaker» er valgt i spørsmålet «Hvorfor ikke?»

15. Får personer med afasi etter hjerneslag vedtak på språklig rehabilitering?

Ja

Nei

Vet ikke

16. Blir vedtaket fattet på bakgrunn av:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Får personer med afasi etter hjerneslag vedtak på språklig rehabilitering?»

Epikrise fra spesialisthelsetjeneste
Henvisning fra fastlege
Logopedrapport
Sakkyndig vurdering
Annet

17. Hva?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Blir vedtaket fattet på bakgrunn av:»

18. I kommunen din, hvem har ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

Flere svaralternativer mulig.

Du må velge minst ett svaralternativ.

Spesialpedagog
Ergoterapeut
Kommunal logoped
Privat logoped
Andre
Vet ikke

19. Hvem andre har ansvaret for gjennomføring?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andre» er valgt i spørsmålet «I kommunen din, hvem har ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?»

20. Hvem burde hatt ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

Spesialpedagog
Ergoterapeut
Logoped
Andre

21. Hvem?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andre» er valgt i spørsmålet «Hvem burde hatt ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?»

22. Vet ansatte på arbeidsplassen din hva logopeden jobber med?

Ja

Nei

23. Har kommunen din ansatt egen logoped?

Ja

Nei

Vet ikke

24. Har kommunen avtale med privatpraktiserende logoped?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Har kommunen din ansatt egen logoped?»

Ja

Nei

Vet ikke

25. Mener du at det er behov for at kommunen din ansetter egen logoped?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Har kommunen din ansatt egen logoped?»

Ja

Nei

26. Jobbes det tverrfaglig i kommunen din med tanke på språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

Ja

Nei

27. Hvilke yrkesgrupper?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Jobbes det tverrfaglig i kommunen din med tanke på språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?»

Du må velge minst ett svaralternativ.

Logoped
Sykepleiere
Spesialpedagoger
Ergoterapeuter
Fysioterapeuter
Audiopedagoger
Rådgivere

28. Finnes det et rehabiliteringsteam i din kommune?

Ja
Nei
Vet ikke

29. Har teamet egen logoped, eller tett samarbeid med logoped?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Finnes det et rehabiliteringsteam i din kommune?»

Ja, egen logoped
Ja, tett samarbeid med logoped
Nei
Vet ikke

30. Får personer med afasi etter hjerneslag tilbud om logoped etter hjemkomst fra sykehus i din kommune?

Ja, innen en uke
Ja, innen en måned
Ja, innen 3-6 måneder
Nei, får ikke tilbud
Vet ikke

31. Hvor mange timer?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, innen en uke», «Ja, innen en måned» eller «Ja, innen 3-6 måneder» er valgt i spørsmålet «Får personer med afasi etter hjerneslag tilbud om logoped etter hjemkomst fra sykehus i din kommune?»

1 time pr uke

3 timer pr uke

5 timer pr uke

Mer enn 5 timer pr uke

32. Hva er årsaken til at personer med afasi etter hjerneslag får under 5 timer logopedbehandling i uka?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «1 time pr uke» eller «3 timer pr uke» er valgt i spørsmålet «Hvor mange timer?»

Mangel på logopedressurs

Personen ønsker ikke flere timer eller har for dårlig helsetilstand

33. I din kommune, samarbeider helsesektoren med opplæringssektoren om logopedbehandling til personer med afasi etter hjerneslag?

Ja

Nei

Vet ikke

34. Etter din mening, bør ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag ligge under:

Opplæring

Helse

Begge to/todelt ansvar

Andre

35. Hvem andre burde ha ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andre» er valgt i spørsmålet «Etter din mening, bør ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag ligge under:»

36. Etter din mening, er det klart og tydelig hvem som har ansvaret for den språklige rehabiliteringen til pasienter med afasi etter hjerneslag i din kommune?

Ja

Nei

Vedlegg 5: Informasjonsskriv



Vil du delta i masteroppgaven vår om språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

Hei! Har du lyst til å hjelpe oss med vår masteroppgave? Vi er to logopedistudenter ved NTNU, som ønsker å finne ut av hvordan 100 tilfeldig utvalgte kommuner følger sentrale styringsdokumenter som omhandler språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag.

Formål

I dette prosjektet vil vi finne ut hvem som følger opp den språklige rehabiliteringen til personer med afasi i tilfeldige utvalgte kommuner. Vi vil også undersøke hvilken rolle de sentrale styringsdokumentene (Folketrygdloven, Opplæringsloven, Pakkeforløpet for hjerneslag osv.) spiller inn i arbeidet. Utvalget av kommuner er randomisert, som betyr at vi har trukket ut 100 tilfeldige kommuner av Norges 356 kommuner.

Vi har laget en liten spørreundersøkelse som skal være med på å støtte opp under vår dokumentanalyse i masteroppgaven. Spørreundersøkelsen har 20 avkryssningsspørsmål med eventuelle tilleggs spørsmål. Spørreundersøkelsen sendes ut til PP-tjenesten og Koordinerende enhet/tjenestekontor/forvaltningskontor innen helse i de utvalgte kommunene.

Vi ber om at du svarer på spørreundersøkelsen innen mandag 28.11.2022.

Dette prosjektet er en masteroppgave fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Vi håper du vil være med!

Hvem leder forskningsprosjektet?

Grethe Jonskås Moseid og Linda Helena Tidslevold

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi spør deg om å være med, fordi du er leder ved PP-tjenesten eller koordinerende enhet/forvaltningskontor/tjenestekontor/tildelingskontor innen helse- og omsorg i en av kommunene vi har trukket ut.

Hva betyr det for deg å delta?

Hvis du har lyst å delta i forskningsprosjektet vårt, vil det ta ca. 5-10 minutter å svare på spørreskjemaet. Spørsmålene vil handle om språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det betyr at du kan velge selv om du har lyst å være med eller ikke. Det er bare du som kan samtykke.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Dette er en anonym undersøkelse. Ingen personopplysninger blir innhentet, IP-adresser blir ikke registrert. Alle deltakere og svar i spørreundersøkelsen er anonyme. Dette betyr også at du ikke kan trekke deg etter svarene er sendt inn, da vi ikke vet hvem som har svart hva.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Vi er ferdig med forskningsprosjektet 15.09.2023.

Da vil all informasjon fra spørreundersøkelsen være slettet.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål om prosjektet, kan du ta kontakt med:

Vår veileder ved NTNU, Monica Irene Norvik: monica.norvik@iln.uio.no

Du kan også kontakte oss studenter for å få vite mer om prosjektet vårt:

Grethe Jonskås Moseid: grethjon@stud.ntnu.no

Linda Helena Tidslevold: lhhanse@stud.ntnu.no

Med vennlig hilsen


Grethe Jonskås Moseid & Linda Helena Tidslevold

Språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag

Oppdatert: 5. mars 2023 kl. 11:28



Jeg bekrefter at jeg har fått tilstrekkelig med informasjon om spørreundersøkelsen og samtykker med dette til at mine svar kan brukes i dette masterprosjektet.

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
JA	70	100%	 100%












Hvor er du ansatt?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Helse: Koordinerende enhet/tjenestekontor /forvaltningskontor	38	54.3%	 54.3%
PPT	32	45.7%	 45.7%

Hvilken utdanning har du?

Antall svar: 70




Svar	Antall	% av svar	
Annen	8	11.4%	 11.4%
Barnehagelærer	0	0%	 0%
Lærere	1	1.4%	 1.4%
Pedagog	5	7.1%	 7.1%
Lederutdanning	8	11.4%	 11.4%
Rådgiver	6	8.6%	 8.6%
Fysioterapeut	4	5.7%	 5.7%
Ergoterapeut	4	5.7%	 5.7%
Sykepleier	18	25.7%	 25.7%
Spesialpedagog	9	12.9%	 12.9%
Logoped	7	10%	 10%

Hvilken annen utdanning har du?

- Vernepleier
- Barnevernpedagog. Ledereutdanninger
- Barnevernspedagog med mer
- sosionom
- Helsefagarbeider
- Vernepleier og videreutdanning i helserett
- Sosionom




Hvor stor er kommunen din?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Stor (20.000 innbyggere eller fler)	12	17.1%	 17.1%
Mellomstor (mellom 5000 og 19.999 innbyggere)	39	55.7%	 55.7%
Liten (færre enn 5000 innbyggere)	19	27.1%	 27.1%






Har arbeidsplassen din fastsatte retningslinjer for språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Vet ikke	10	14.3%	 14.3%
Nei	42	60%	 60%
Ja	18	25.7%	 25.7%

Hvilke lover/retningslinjer ligger til grunn for din/deres vurdering av logopedbehandling til personer med afasi etter hjerneslag?

Antall svar: 70






Svar	Antall	% av svar	
Vet ikke	13	18.6%	 18.6%
Andre	1	1.4%	 1.4%
Helse- og omsorgsloven	32	45.7%	 45.7%
Folketrygdloven	9	12.9%	 12.9%
Opplæringsloven	33	47.1%	 47.1%

Hvilke andre lover/retningslinjer?

- Gir svarbrev og et tilbud som behandler, helse




I kommunen din, hvem har ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Vet ikke	9	12.9%	 12.9%
Andre	17	24.3%	 24.3%
Voksenopplæringen	5	7.1%	 7.1%
Helse: Koordinerende enhet /tjenestekontor /forvaltningskontor	22	31.4%	 31.4%
PPT	17	24.3%	 24.3%

Hvem burde hatt ansvaret for tildeling av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

Antall svar: 70




Svar	Antall	% av svar	
Andre	12	17.1%	 17.1%
Helse: Koordinerende enhet /tjenestekontor /forvaltningskontor	40	57.1%	 57.1%
PPT	18	25.7%	 25.7%

Hvem andre burde ha ansvaret for tildeling?

- Logopedtjenesten
- Lege og logoped
- fastlege/behandlende lege
- Vet ikke
- Både helse og skole/PPT
- Fint at det ikke trengs tildeling, men at en har direkte tilgang, så lenge kommunen har logopeder nok.
- Spesialisthelsetjenesten
- Usikker
- rehabiliteringskoordinator
- fastlege
- Opplæringstjenesten (der er utøvende logopeder og spesialpedagoger ansatt)
- Fastlege/sykehjemslege




Får personer med afasi etter hjerneslag utarbeidet sakkyndig vurdering som omfatter språkvanskene?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Vet ikke	26	37.1 %	 37.1 %
Nei	24	34.3 %	 34.3 %
Ja	20	28.6 %	 28.6 %

Hvorfor ikke?

Antall svar: 24




Svar	Antall	% av svar	
Andre årsaker	7	29.2 %	 29.2 %
Økonomiske årsaker	0	0 %	0 %
Ikke rutiner for dette i kommunen	16	66.7 %	 66.7 %
Mangel på språkkompetanse	1	4.2 %	 4.2 %

Hvilke andre årsaker?

- Vi skriver sakkyndig vurderinger hvis personen er henvist oss og trenger opplæring på grunnskolens område. Hvis ikke er det fastlegen som henviser til privat logoped.
- Det tar for lang tid å behandle akutte saker.
- Fortløpende vurdering. Hvem skal fatte disse vedtakene?
- Logoped får henvisning frå helsefortak og logoped vurderer og lager vedtak selv utfra dette.
- Leder i dialog med statsforvalter valgte å knytte det til behandling
- Vi sender de til privat logoped pga manglende tilbud i egen kommune
- Utarbeides arbeides av logoped/ usikker






Får personer med afasi etter hjerneslag vedtak på språklig rehabilitering?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Vet ikke	30	42.9%	 42.9%
Nei	22	31.4%	 31.4%
Ja	18	25.7%	 25.7%

Blir vedtaket fattet på bakgrunn av:

Antall svar: 18

Svar	Antall	% av svar	
Annet	1	5.6%	 5.6%
Sakkyndig vurdering	8	44.4%	 44.4%
Logopedrapport	1	5.6%	 5.6%
Henvisning fra fastlege	1	5.6%	 5.6%
Epikrise fra spesialisthelsetjeneste	7	38.9%	 38.9%

Hva?

- Usikker. Opplever at dette varierer. Ergo og ppt gjør begge språklig rehab, men etter ulikt lovverk og ulik tilmelding

I kommunen din, hvem har ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Vet ikke	11	15.7%	15.7%
Andre	6	8.6%	8.6%
Privat logoped	34	48.6%	48.6%
Kommunal logoped	33	47.1%	47.1%
Ergoterapeut	6	8.6%	8.6%
Spesialpedagog	3	4.3%	4.3%

Hvem andre har ansvaret for gjennomføring?

- Kommunalt ansatt logoped eller privatpraktiserende logoped
- Kommunen har ikke ansatt logoped, men har privatpraktiserende som vi kan henvise til
- på institusjon sykepleier
- lærer på voksenopplæringa under veiledning fra logoped
- helsepersonell, veiledning fra privat logoped
- Utøvende logopeder ansatt i Opplæringstjenesten

Hvem burde hatt ansvaret for gjennomføring av språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Andre	0	0%	0%
Logoped	68	97.1%	97.1%
Ergoterapeut	1	1.4%	1.4%
Spesialpedagog	1	1.4%	1.4%

Hvem?

Vet ansatte på arbeidsplassen din hva logopeden jobber med?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Nei	9	12.9%	12.9%
Ja	61	87.1%	87.1%

Har kommunen din ansatt egen logoped?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Vet ikke	3	4.3%	4.3%
Nei	29	41.4%	41.4%
Ja	38	54.3%	54.3%

Har kommunen avtale med privatpraktiserende logoped?

Antall svar: 29

Svar	Antall	% av svar	
Vet ikke	3	10.3%	10.3%
Nei	10	34.5%	34.5%
Ja	16	55.2%	55.2%

Mener du at det er behov for at kommunen din ansetter egen logoped?

Antall svar: 29

Svar	Antall	% av svar	
Nei	9	31%	31%
Ja	20	69%	69%








Jobbes det tverrfaglig i kommunen din med tanke på språklig rehabilitering til personer med afasi etter hjerneslag?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Nei	41	58.6%	58.6%
Ja	29	41.4%	41.4%




Hvilke yrkesgrupper?

Antall svar: 29

Svar	Antall	% av svar	
Rådgivere	3	10.3%	 10.3%
Audiopedagoger	2	6.9%	 6.9%
Fysioterapeuter	25	86.2%	 86.2%
Ergoterapeuter	26	89.7%	 89.7%
Spesialpedagoger	8	27.6%	 27.6%
Sykepleiere	23	79.3%	 79.3%
Logoped	26	89.7%	 89.7%





Finnes det et rehabiliteringsteam i din kommune?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Vet ikke	17	24.3%	 24.3%
Nei	19	27.1%	 27.1%
Ja	34	48.6%	 48.6%






Har teamet egen logoped, eller tett samarbeid med logoped?

Antall svar: 34

Svar	Antall	% av svar	
Vet ikke	1	2.9%	 2.9%
Nei	21	61.8%	 61.8%
Ja, tett samarbeid med logoped	11	32.4%	 32.4%
Ja, egen logoped	1	2.9%	 2.9%





Får personer med afasi etter hjerneslag tilbud om logoped etter hjemkomst fra sykehus i din kommune?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Vet ikke	37	52.9%	 52.9%
Nei, får ikke tilbud	5	7.1%	 7.1%
Ja, innen 3-6 måneder	1	1.4%	 1.4%
Ja, innen en måned	18	25.7%	 25.7%
Ja, innen en uke	9	12.9%	 12.9%



Hvor mange timer?

Antall svar: 28

Svar	Antall	% av svar	
Mer enn 5 timer pr uke	1	3.6%	 3.6%
5 timer pr uke	2	7.1%	 7.1%
3 timer pr uke	9	32.1%	 32.1%
1 time pr uke	16	57.1%	 57.1%




Hva er årsaken til at personer med afasi etter hjerneslag får under 5 timer logopedbehandling i uka?

Antall svar: 25

Svar	Antall	% av svar	
Personen ønsker ikke flere timer eller har for dårlig helsetilstand	5	20%	 20%
Mangel på logopedressurs	20	80%	 80%




I din kommune, samarbeider helsesektoren med opplæringssektoren om logopedbehandling til personer med afasi etter hjerneslag?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Vet ikke	16	22.9%	 22.9%
Nei	29	41.4%	 41.4%
Ja	25	35.7%	 35.7%

Etter din mening, bør ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag ligge under:



Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Andre	0	0%	0%
Begge to/todelt ansvar	45	64.3%	 64.3%
Helse	17	24.3%	 24.3%
Opplæring	8	11.4%	 11.4%

Hvem andre burde ha ansvaret for den språklige rehabiliteringen til personer med afasi etter hjerneslag?

Etter din mening, er det klart og tydelig hvem som har ansvaret for den språklige rehabiliteringen til pasienter med afasi etter hjerneslag i din kommune?

Antall svar: 70

Svar	Antall	% av svar	
Nei	37	52.9%	 52.9%
Ja	33	47.1%	 47.1%

