

Hvordan ivaretar kommunene logopedtjenester overfor voksne?

Espen Hjertholm

Masteroppgave

Masterprogram i helsefag

Studieretning for logopedi

Institutt for biologisk og medisinsk psykologi

Det psykologiske fakultet



Vårsemester

2020

### **Forord**

Takk til veilederen min Arve Egil Asbjørnsen for veiledning, støtte og tilbakemeldinger på oppgaven min. Jeg vil også takke han for muligheten til å kunne skrive denne oppgaven, uten ham ville det ikke vært mulig.

Jeg vil takke min mor for å ha gått igjennom oppgaven for å rette opp eventuelle skrivefeil og annet grammatisk slurv slik at oppgaven er mer forståelig.

Sist, men ikke minst vil jeg takke min herlige samboer Solveig for all støtten og hjelpen hun har gitt meg gjennom denne krevende prosessen det har vært å skrive en masteroppgave.

## Innhold

<b>Forord</b> .....	2
Sammendrag .....	5
Abstract .....	6
1. Innledning .....	7
2. Ulike vansker .....	9
2.1 Afasi .....	9
2.2 Dysartri .....	10
2.3 Talepraksi .....	11
2.4 Stemmevansker .....	11
2.5 Nevrodegenerative sykdommer .....	11
2.6 Dysfagi .....	11
2.7 Voksne med dysleksi .....	12
2.8 Taleflytvansker .....	13
3. Tidligere undersøkelser av kommunale logopedtjenester .....	13
3.1 Afasiforbundets undersøkelser .....	13
3.2 Afasirehabilitering i Norge .....	15
3.3 Rehabiliteringstilbudet til pasienter med afasi på Haugalandet .....	16
3.4 Samhandling og koordinering av tjenester .....	18
4. Politikk og lover .....	18
4.1 Wisløff-utvalget .....	19
4.1.1 Wisløff utvalgets forutsetninger for god samhandling .....	19
4.1.2 Pasientperspektivet i helsetjenesten .....	20
4.1.3 Samhandling mellom tjenesteutøvere .....	20
4.1.4 Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser .....	20
4.2 St.meld.nr. 47 Samhandlingsreformen .....	21
4.2.1 Klarere pasientroller .....	22
4.2.2 Ny fremtidig kommunerolle .....	23
4.2.3 Etablering av økonomiske insentiver .....	24
4.2.4 Utvikling av spesialisthelsetjenesten .....	24
4.3 Opplæringsloven .....	25
4.3.1 Opplæringsloven kapittel 4A om opplæring spesielt organisert for voksne .....	25
4.3.2 Opplæringsloven kapittel 5 om spesialundervisning .....	25
4.3.3 Opplæringsloven kapittel 13 om ansvaret til kommunen, fylkeskommunen og staten	26
4.4 Helse- og omsorgstjenesteloven .....	26

4.4.1 Helse- og omsorgstjenestelove kapittel 3 om kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester .....	26
4.4.2 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 om samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak .....	27
4.5 Forskrift om dekning av logopedutgifter .....	27
4.6 Helfo .....	27
4.7 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator .....	28
4.7.1 Forskrift om habilitering og rehabilitering kapittel 2 om generelt om habilitering og rehabilitering .....	28
4.7.2 Forskrift om habilitering og rehabilitering kapittel 3 om habilitering og rehabilitering i kommunen .....	28
5.0 Rehabilitering eller spesialpedagogisk opplæring? .....	29
6.0 Oppsummering av introduksjonen .....	31
7.0 Mål, problemstillinger og hypoteser .....	33
8.0 Metode .....	34
8.1 Validitet og reliabilitet .....	37
8.2 Utvalg .....	38
8.3 Statistikk, SPSS og analyse .....	40
9. Resultater .....	41
10. Litteraturliste .....	42
11. Vedlegg .....	45
Artikkel: Hvordan ivaretar kommunene logopedtjenester overfor voksne? .....	46
Ulike vansker voksne kan trenge logopedtjenester for .....	5
Tidligere undersøkelser om logopedtjenester i kommuner .....	6
Wisløff-utvalget og Samhandlingsreformen .....	8
Lover, forskrifter og logopedtjenestens dualitet .....	10
Forskningsspørsmål og hypoteser .....	12
<b>Metode</b> .....	13
Utvalg .....	14
Søkeprosedyre .....	14
Statistisk bearbeiding .....	15
<b>Resultater</b> .....	16
<b>Diskusjon</b> .....	18
<b>Konklusjon</b> .....	26
<b>Referanseliste</b> .....	29
<b>Tabeller</b> .....	32
<b>Figurer</b> .....	36

## Sammendrag

Studiets hensikt er å se hvordan kommunene ivaretar logopedtjenester for voksne ved å gå igjennom deres tilgjengelige planverk og for å se om logopedtjenestens dualitet er synlig. Studiet viser ulike vansker hos voksne en logoped kan arbeide med, for så å legge frem forskning som har undersøkt kommunale logopedtjenester. Relevante punkter fra Wisløff-utvalget og Samhandlingsreformen legges frem. Relevante lover og forskrifter fremvises før logopedyrkets dualitet fremlegges. Studiets metode er blandede metoder med et utforskende sekvensielt design. De kommunale planverkene ble samlet via et systematisk søk for så å gjennomføre en innholds- og dokumentanalyse. Utvalget består av 100 kommuner og deres tilgjengelige planverk med et reelt utvalg på 70 kommuner. Resultatene viser at kun 34,29% av det reelle utvalget har nevnt logoped i sine planverk. Kommunens størrelse i innbyggertall påvirker ikke om kommunen har nevnt logoped i sine planverk. Forankringen av logopedtjenester fordelte seg på fire kategorier: utdanningssektoren 37,5%, helse- og omsorgssektoren 37,5%, blanding av begge 20,83% og uvisst 4,17%. Konklusjon er at kommunenes ivaretagelse av logopedtjenester for voksne i deres tilgjengelige planverk er dårlig, da 65,71% av kommunene ikke har nevnt logoped. Logopedtjenestens dualitet er synlig i de kommunene som har nevnt logoped i sine planverk.

Nøkkelord: Logopedtjenesten, logopedtjenestens dualitet, Samhandlingsreformen, rehabilitering, opplæring, Helse- og omsorgstjenesteloven og Opplæringsloven.

## Abstract

The purpose of the article is to see how the Norwegian municipalities takes care of speak therapist services for adults in their available governing documents and to see if speak therapist's duality is visible. The study shows different impairments an adult could have that a speak therapist could work with and then lays forth earlier research on municipalities speak therapist services. Relevant information from both Wisløff-committee and Samhandlingsreformen (Interaction reform) are mentioned before laws and regulations are shown. Then the duality of speak therapists is submitted. The study is a mixed method with an explorative sequential design. Data is collected threw a systematic search before using both a content- and document analysis. The selection consists of 100 municipalities and their available governing documents which shrunk to 70 municipalities. The results show that only 34,29% of the municipalities mentioned speak therapists in their governing documents. The inhabitant size of the municipalities does not affect their mentioning of speak therapists. Municipalities have anchored speak therapist services in four categories: education sector 37,5%, health and care sector 37,5%, a mixture of both 20,83% and unknown 4,17%. The study concludes that the municipalities does not acknowledge the importance of speak therapists' services to an appropriate degree and that the duality is visible in their governing documents.

Keywords: speak therapist services, speak therapist's duality, Samhandlingsreformen, rehabilitation, education, Helse- og omsorgstjenesteloven and Opplæringsloven.

## 1. Innledning

Logopeder yter tjenester til mennesker med en rekke forskjellige vansker i alle aldersgrupper. Logopedtjenestene er stort sett fordelt mellom opplæring og behandling, kan defineres innen opplæringsloven og helselovgivningen og tjenesten kan gis i regi av kommuner og fylkeskommuner, helseforetak og privatpraktiserende logopeder. Her vil logopedtjenester gitt i regi av kommunen være av interesse da forskningsspørsmålet er 'Hvordan kommer logopedtjenester rettet mot voksne frem i tilgjengelige kommunale planverk?'. Dette er interessant å spørre om da de fleste vansker en logoped arbeider med omhandler kommunikasjon. Mange voksne erverver kommunikasjonsvansker eller vokser opp med utviklingsvansker. Kommunikasjon er viktig for mennesker, uten ulike former for kommunikasjon ville vi ikke vært der vi er i dag. Språk er vårt fremste kommunikasjonsmiddel og kan deles opp i flere kategorier, blant annet kroppsspråk, tegnspråk, talespråk og skriftspråk (Helland, 2012) og slik vil språk bli forstått i denne oppgaven. Gjennom språket får vi mennesker tilgang og kan delta i samfunnet og kulturen rundt oss. Når man da har eller får vansker med språket, mister man deler eller hele tilgangen på samfunnet.

Kun i Norge var det 13 499 personer som fikk hjerneslag i 2018 (Folkehelseinstituttet, 2019b) og alle som overlever må ha rehabilitering. Etter et hjerneslag kan man få vansker som blant annet dysartri, afasi og dysfagi (Murdoch, 2014; Reinvang, 1978; Stensvold & Utne, 1999). Rundt 1/3 del av dem som rammes av hjerneslag får afasi (Brady, Kelly, Godwin, Enderby, & Campbell, 2016) og 65% får dysfagi (Daniels, 2006). Ved logopedisk behandling kan flere av de rammede bli så godt som friske og få et normalt liv. Derfor er det viktig å ha logopedisk dekning i kommunene og at dette er et fagfelt som blir tatt mer seriøst når det kommer til alvorlige vansker den voksne befolkningen kan rammes av. Det ble i 2018 lovpålagt å ha fysioterapeuter og sykepleiere i kommunene, mens i 2020 ble det lovpålagt å ha ergoterapeuter jf. §3-2 i helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Hvorfor skal ikke det samme gjelde for logopeder? Det har blitt satt i gang arbeid for å knytte logopeder tettere til kommunenes helsetjenester der Norsk Logopedlag blant annet har lagt frem at logopeder bør defineres som kjernepersonell i kommunene, men dette vurderes ikke som hensiktsmessig av Helsedirektoratet. Å gi logopeder autorisasjon som helsepersonell er avslått, men sees på som et tiltak for å knytte de tettere til kommunene ved en senere anledning (Helsedirektoratet, 2019).

Fra datainnsamlingen min kom jeg over et svar fra en kommunalsjef som forundret meg. Denne personen påpekte at voksne som trenger logopedtjenester må gå via helse og/eller Helfo siden de ikke har kommunal logoped, men er dette da nedfelt i kommunens planverk? Er det rimelig at ivaretagelsen av innbyggernes behov ikke skal bli møtt av kommunen, men av staten fordi kommunen ikke har logoped? Dette er et godt eksempel på logopedtjenestens dualitet. For, som det blir påpekt, må voksne som trenger logopedisk hjelp som rehabilitering gå via helse og/eller Helfo, men problemet her er at ofte blir behandling av afasirammede et definisjonsspørsmål; er det rehabilitering eller opplæring? Definisjonen kan bli påvirket av finansieringsmodellene for opplæringssektoren og helsesektoren. Hvis det er opplæring er det kommunen som står ansvarlig og kan dermed ikke grunngi en henvisning til Helfo med at det ikke er logopedtjenester i kommunen (Helfo, 2019b). Logopedtjenester som regnes som opplæring er det dermed kommunen som må betale for, jf. Opplæringsloven §13-1 (Kunnskapsdepartementet, 1998). Når den logopediske hjelpen regnes som rehabilitering kan dette dekkes via Helfo så lenge det ikke dekkes av annen lovgivning (Helfo, 2019c) og vil derved ikke belaste kommunens økonomi. Dette gjør at det er interessant å se i hvilken grad logopeders dualitet er synlig i kommunenes planverk.

Nordheim (2016) sin undersøkelse påpekte at saksbehandlingen hos Helfo kunne ta opp mot seks uker. Dette er lang tid å vente på behandling. Det går imot Helsedirektoratets anbefalinger som sier at treningen bør komme i gang i akuttfasen, være hyppig og ha tilstrekkelig mengde når det gjelder språktrening for slagrammede med afasi eller taleapraksi (Helsedirektoratet, 2017a). I 2017 ble det gjort et unntak for kravet om forhåndstilsagn fra Helfo for alle pasienter over 18 år, noe som gjør at logopedbehandling kan starte så lenge pasient fremviser uttalelse fra spesialist og henvisning fra lege. Kravet om at det må foreligge et avslag fra kommunen før Helfo gir støtte er òg fjernet (Helsedirektoratet, 2017b). Det gjør det mulig å starte behandling før Helfo har gjennomført saksbehandling. Dette viser at en del av innbyggernes behov blir ivare tatt og at det Nordheim (2016) påpekte har blitt tatt til etterretning.

Undersøkelsen vil ta for seg Samhandlingsreformen og hva den har ført med seg, derfor ser jeg det som naturlig at reformens definisjon av rehabilitering vil bli benyttet. Rehabilitering skal her forstås som «Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009, p. 62). Opplæring skal



her forstås som en del av læringsbegrepet som prøver å få i gang en overføring av holdninger, kompetanse og ferdigheter fra en lærer til en annen (Sander, 2017).

## 2. Ulike vansker

Det er mulig å dele vansker inn i minst to grupper; utviklingsvansker og ervervede vansker. Utviklingsvansker kan defineres som mangelfull eller forsinket utvikling av ulike funksjoner som knyttes til biologisk modning av sentralnervesystemet, forløpet er jevnt og forstyrrelsen kommer til syne i barndommen (Malt, 2020). Ervervede vansker defineres som en skade som oppstår hos et ellers normalt utviklet menneske i voksen alder (Helse Møre og Romsdal, 2017). En logoped vil arbeide med begge formene for vansker, men innen rehabilitering vil ervervede vansker være det som går mest igjen.

Den delen av befolkningen i Norge som har vokst mest de siste årene, er de eldre og gamle. Definisjonen av eldre er mennesker mellom 60 og 74 år, mens definisjonen av gamle er mennesker som er 75 år og eldre (Engedal, 2019). For enkelthetens skyld vil de to gruppene bli omtalt under ett ved ordet eldre og gjelde for alle voksne som er 60 år og eldre. Med et bedre behandlingstilbud har sannsynligheten for å overleve en rekke sykdommer økt. I 2009 var det 2522 personer som døde av hjerneslag i Norge, mens i 2018 har dette tallet sunket til 1695. Dødelighetsraten etter hjerneslag har dermed sunket med 41% på kun 10 år (Folkehelseinstituttet, 2019a).

Tall fra Hjerter- og karregisteret viser at i 2018 ble det registrert 13 499 tilfeller av akutt hjerneslag. Av de 13 499 personene hadde 2617 vært registrert tidligere for hjerneslag. Det vil si at det var 10 882 personer i Norge som fikk akutt hjerneslag for første gang i 2018 (Folkehelseinstituttet, 2019b). At det i 2018 var 10 882 nye tilfeller av hjerneslag og at eldre er den befolkningsgruppen i samfunnet som vokser raskest, viser at behovet for ivaretagelse av innbyggerne i landets forskjellige kommuner er stort og at tjenester som kan bidra til denne ivaretagelsen blir benyttet.

### 2.1 Afasi

Afasi kan defineres som en ervervet språkvanske påført av en hjerneskade hos et menneske som alt har gjennomgått en normal språkutvikling før skaden inntraff (Reinvang, 1978). I følge Brady, Kelly, Godwin, Enderby og Campbell (2016) vil en tredjedel av dem som får hjerneslag få afatiske vansker. Deres systematiske oversikt av tilgjengelig forskning på området om effekten språktrening har for personer med afasi forteller oss at språktrening

trolig vil føre til at de får bedre hverdagskommunikasjon, øke deres skriveferdigheter og leseforståelse og at taleevnen bedres betydelig, men at slik trening har liten innvirkning på personenes evne til å forstå det som blir sagt og evnen til å navngi/betegne (Brady et al., 2016).

## 2.2 Dysartri

Dysartri er et paraplybegrep for en rekke talevansker som er relatert til hverandre, fordi de er forårsaket av en forstyrrelse i den nevromuskulære kontrollen av talemekanismen. Denne forstyrrelsen er et resultat fra en skade i en av de grunnleggende motorprosessene som er deltagende i utførelsen av tale. Dette gjør at dysartri består av de talevanskene som har et nevrogenisk opphav, det vil si talevansker på bakgrunn av skader i det sentrale eller perifere nervesystemet. Musklene som kan bli rammet er respirasjonsmusklene, musklene i larynx, pharynx, den bløte ganen og artikulatoren. Egenskapene som kan bli berørt i de rammede musklene er redusert muskelstyrke, hastighet, rekkevidde, nøyaktighet, stødighet og muskelform. Hvilken form for dysartri man har, kommer an på hvilke deler av det motoriske system som er påvirket da hver av disse har forskjellige auditorisk perseptuelle kjennetegn. Det mest anerkjente klassifiseringsskjemaet peker på at det eksisterer seks former for dysartri (Murdoch, 2014).

*Tabell 1 Tabellen viser oversikt over ulike former dysartri og lesjonssted som er assosiert med dem, etter Murdoch, 2014*

Type dysartri	Lesjon sted
Flaccid/slapp dysartri	Lavere motoriske nevroner
Spastic/spastisk dysartri	Øvre motoriske nevroner
Ataxic dysartri	Cerebellum og/eller dets tilkoblinger
Hypokinetisk dysartri	Basal ganglia og dets tilhørende hjernestammekjerner
Hyperkinetisk dysartri	Basal ganglia og dets tilhørende hjernestammekjerner
Blandet dysartri	

(Murdoch, 2014, p. 288).

### 2.3 Talepraksi

Talepraksi er en motorisk taleforstyrrelse som primært går utover personens artikulatoriske evner og forårsakes av hjerneskade (Flipsen, Bernthal, & Bankson, 2013). Talepraksi er en artikulasjonsvanske og oppstår ofte i sammenheng med venstresidig ervervet afasi etter hjerneslag. Isolert talepraksi er svært sjeldent og er dokumentert til kun 13% av tilfellene (Helse Bergen, 2016).

### 2.4 Stemmevansker

Stemmevansker defineres ved at stemmen er ulik slik den er til daglig. Dette kan komme til uttrykk gjennom at blant annet stemmen er svak, anstrengt, knekker i visse toneleier og/eller er luftfylt. Stemmevansker fordeles inn i fire grupper på bakgrunn av årsak; funksjonell, organisk funksjonell, organisk og nevrologisk (Hammarberg, Södersten, & Lindestad, 2008).

### 2.5 Nevrodegenerative sykdommer

Nevrodegenerative sykdommer er en fellesbetegnelse på en rekke sykdommer som kjennetegnes ved tap av celler i sentralnervesystemet eller i perifere nerver (Pediatriveiledere, 2009) Parkinsons sykdom kan defineres som en nevrodegenerativ sykdom (Kalia & Lang, 2015). Sykdommen karakteriseres av tre hovedsymptomer; hypokinesi, rigiditet og tremor (Faiz, 2020). Sykdommen i seg selv er ikke noe logoped er arbeidende med, men dets følgevansker som dysfagi og stemmevansker er noe en logoped kan arbeide med. Ifølge Fonn (2017) har mellom 5000 og 10 000 personer i Norge Parkinsons sykdom og et minimum av 500 vil bli diagnostisert med sykdommen hvert år (Fonn, 2017). Amyotrofisk lateralsklerose, fra nå omtalt som ALS, er en nevrodegenerativ sykdom og rammer kun nervecellene som har med viljestyrt kontroll av muskulatur. Sykdommen starter fokalt, noe som fører til stor variasjon i hvordan sykdommen arter seg i starten. Den kan ha en bulbær start som vil si at den rammer muskulaturen i munnhulen og svelg (Meisingset, 2019).

### 2.6 Dysfagi

Dysfagi er vansker med å spise og svelge. Dysfagi er en tilleggsvanske og et symptom for mange sykdommer og tilstander og er dermed ikke en egen sykdom. Det er flere grunner til at man får dysfagi og de varierer fra psykiske vansker til fysiske skader eller anatomiske forandringer i musklene, nervene og strukturene som har med spise- og svelgefunksjonen, noe som ofte fører til aspirasjon. Hos personer uten dysfagi vil hosterefleksen rense luftveiene når man aspirerer, hos en person med dysfagi fungerer denne refleksjonen svært dårlig eller den er helt borte. Lungebetennelse regnes som en komplikasjon som følge av dysfagi

(Stensvold & Utne, 1999). De sykdommer og skader dysfagi er en tilleggsvanske til er blant annet; hjerneslag, Parkinsons sykdom, amyotrofisk lateral sklerose (ALS) og senil demens, (Ekberg & Johnson, 1999). Alderdomsforandringer (Stensvold & Utne, 1999) og kirurgiske inngrep (Ekberg & Johnson, 1999) kan òg føre til dysfagi. Tabell 2 viser prosentmessig forekomst av dysfagi i en rekke typiske nevrologiske sykdommer og skader. Der det vises til flere tall er det motstridende forskning (Daniels, 2006).

*Tabell 2 Tabellen viser prosentvis forekomst av dysfagi i forskjellige vansker*

<b>Sykdom</b>	<b>Forekomst av dysfagi</b>
Hjerneslag	65% dysfagi hos akutt hjerneslag
Traumatisk hjerneskade	25% - 61%
Livmorhals ryggrad kirurgi / cervical spine surgery	50%
Carotis endarterektomi	2.5%–42%
Alzheimers demens	32%–84%
Frontotemporal demens	30%
Parkinsons sykdom	50%–63%
Progressiv supranukleær parese	Begynnelsen: 16%, senere: 83%*
Olivopontocerebellær atrofi	44%–75%
Huntington sykdom	85%
Multippel sklerose	34%
Amyotrofisk lateral sklerose	100%

\*Viser to tall på grunn av at det er forskjellige forekomster av dysfagi etter som hvor langt på vei diagnosen er og ikke fordi det er motstridende forskning.

## 2.7 Voksne med dysleksi

Dysleksi kan, i en vid betydning, defineres som en forstyrrelse i evnen til å benytte språk. Det er en utviklingsmessig vanske og viser seg stort sett gjennom vansker med å skrive og lese, men kan òg påvirke språkutviklingen og den språklige kompetansen (Helland, 2012). Den eksakte forekomsten av dysleksi i Norge er uviss. Dysleksi Norge operer med at det er

mellom 5 og 10% av befolkningen som har dysleksi (Lene, 2016), mens Norsk Helseinformatikk mener at det rammer rundt 5 til 8% (Norsk Helseinformatikk, 2018).

## 2.8 Taleflytvansker

Taleflyt kan defineres som uanstrengt tale (Guitar, 2014). Det finnes en rekke vansker som problematiserer talens flyt, men i denne oppgaven vil taleflytvansker referere til både stamming og løpsktale. Stamming kan defineres som anstrengt tale og kjennetegnes ved en unormalt høy frekvens og/eller pauser i talen, samt repeteringer og blokkeringer ofte på første stavelse av ord. Løpsktale kan defineres som rask tale som er vanskelig å forstå og kjennetegnes ved at ord ikke avsluttes, stavelser blir ikke tatt med og lyden kan være slørete (Guitar, 2014). NIFS sier de har 40-50 000 medlemmer i Norge.

## 3. Tidligere undersøkelser av kommunale logopedtjenester

Det har ikke blitt gjort veldig mange tidligere undersøkelser på dette feltet. Derfor er de to spørreundersøkelsen utført av afasiforbundet (Afasiforbundet, 2017; Jensen, 2019), samt tre tidligere mastergradsundersøkelser viktige kilder til informasjon om den logopediske dekkningen i Norge og dets utvikling over tid. Mastergradsundersøkelsene handler om rehabilitering, kommunale tilbud og logopediske tjenester rettet spesielt mot mennesker med afasi både før Samhandlingsreformen trådte i kraft (Oraviita, 2008) og etter (Brandal & Brakstad, 2017; Nordheim, 2016). Dette gjør at undersøkelsene ikke tar opp hele bredden av logopediske tjenester til voksne, som blant annet dysfagi, lese og skrivevansker og dysartri.

### 3.1 Afasiforbundets undersøkelser

Ut fra alle de forskjellige diagnoser, vansker og sykdommer en kan få som et voksent menneske der behandling fra logoped er nødvendig, virker det som om det er for få logopeder på landsbasis i Norge. Jensen (2019) gjennomførte en undersøkelse av 65 kommuner og 280 logopeder. De fikk spørsmål angående dekning, oppfølging og virkelighetsoppfatning angående logopedisituasjonen i Norge, spesielt knyttet opp til behandling rundt afasi. Undersøkelsen viser at av de spurte kommunene svarer 62,71% av dem at de ikke har logoped i kommunen som utfører behandling overfor voksne, mens 75% av kommunene sier at de mangler kompetanse for å kunne gi dem som arbeider med afasirammede opplæring i kommunikasjonsstrategier. Av de 280 logopedene som var med i undersøkelsen, svarte kun 28,71% av dem at de synes kommunens oppfølgingstilbud til pasienter med afasi var forsvarlig. 84,31% av de spurte kommunene svarte at de i mer eller mindre grad klarte å dekke behovet for personer med afasi. Dette til tross for at kun 42,59% av kommunene sa de

hadde oversikt over antall søkere til oppfølging fra logopedtjenesten og 21,82% av kommunene hadde oversikt over hvor mange personer som mottok hjelp av kommunens egen logopedtjeneste. Det var 60,43% av kommunene som svarte at de samarbeidet med privatpraktiserende logopeder, men hele 37,29% av de spurte kommunene svarte at de ikke hadde oversikt over hvor mange privatpraktiserende logopeder det eksisterte i deres kommune. Kun 24,19% av kommunene viser til at de har interkommunalt samarbeid om rehabilitering, Det viser seg at 69,35% av kommunene har tverrfaglig rehabiliteringstjeneste, men kun 8,07% av kommunene svarte at en kommunal logoped var deltagende i rehabiliteringstjenesten. Kun 38,71% av de spurte kommunene hadde koordinator eller koordinerende enhet for personer med afasi og/eller nevrologiske vansker (Jensen, 2019).

I 2017 ble det gjort en lignende undersøkelse av Afasiforbundet der 38 kommuner ble spurt angående dekningsgrad av logoped. Her viser det seg at kun 29% av kommunene har et offentlig tilbud til voksne med behov for logopedisk oppfølging, samtidig viser det seg at i disse 35 kommunene arbeider 54% av logopedene i privatpraksis som yter tjenester til voksne. Selv om over halvparten av logopedene i de spurte kommunene arbeider privat, er det i 71% av kommunene ikke mulighet for innbyggerne å velge mellom en offentlig eller privat løsning. Hele 78% av de spurte kommunene anser logopeddekningen som ikke tilfredsstillende (Afasiforbundet, 2017). På de to årene som har gått mellom de to undersøkelsene er det ikke de største forandringene som har skjedd; logopeddekningen har økt fra 29% (Afasiforbundet, 2017) til 37,29% (Jensen, 2019), antallet privatpraktiserende logopeder har kun hatt en økning på 0,32% og man har gått fra at 78% av de spurte kommunene synes at logopeddekningen ikke er tilfredsstillende (Afasiforbundet, 2017) til at 84,31% av de spurte kommunene mener de har et tilstrekkelig tilbud (Jensen, 2019). Selv om det siste er to forskjellige stilte spørsmål er det merkelig at på to år har det gått fra å være en for dårlig logopeddekning til at tilbudet som kommunene tilbyr er tilstrekkelig, selv om logopeddekningen kun har økt med 8,29%.

I henhold til mitt eget spørsmål om kommunenes ivaretagelse av logopedtjenester gir Afasiforbundets undersøkelser et godt innblikk i kommunenes mangel på kontroll og oversikt over egen logopedtjeneste og utnyttelse av de ressursene som er tilgjengelig i deres egen kommune for å kunne dekke ivaretagelsen av egne innbyggere. Dette er med på å legitimere mitt spørsmål om kommunenes ivaretagelse av logopedtjenester overfor voksne.

### 3.2 Afasirehabilitering i Norge

Undersøkelsen til Oraviita (2008) ble gjort på bak grunn av en erfaringsmessig observasjon om at rehabiliteringstilbudet afasirammede fikk, varierte i stor grad fra kommune til kommune. Det ble utført en surveyundersøkelse der elektronisk spørreskjema via e-post ble brukt som metode for å kontakte utvalget som bestod av alle kommuner i Norge. Både praktiserende logopeder og ledere fikk tilsendt et nesten identisk spørreskjema. De praktiserende logopedene fikk spørsmål angående detaljer ved opplæringstilbudene og antall kommunale stillinger for afasilogopeder, mens lederne fikk et spørreskjema som inneholdt generelle spørsmål om administrering og organisering av kommunenes tilbud og ansvarsoppfatningen kommunen satt med overfor rehabiliteringstilbudene. Utover dette var spørreskjemaene identiske og temaene som ble dekket var som følger:

1. *«Kommunale versus ikke-kommunale løsninger på oppgaven med å tilby afasirammede rehabilitering.*
2. *Logopedkapasiteten i det kommunale tilbudet om afasirehabilitering.*
3. *De afasirammedes tilgang til logopediske opplæringstilbud.*
4. *Kommunenes oppfatninger om det juridiske og økonomiske ansvaret for å gi et tilbud.*
5. *Kvaliteten og omfanget i de logopediske tilbudene til afasirammede.» (Oraviita, 2008, p. 24).*

Undersøkelsens svarprosent var på 53%. Det tilsvarer 270 svar fra 230 forskjellige kommuner. 80% av de store kommunene svarte, 56% av de mellomstore kommunene, mens bare 46% av de små kommunene svarte på spørreskjemaet. Ut fra befolkningen i de 230 forskjellige kommunene som svarte, danner undersøkelsen et bilde av hvordan afasirehabiliteringstilbudet er for hele 74% av Norges befolkning. Undersøkelsens resultater viser til at 53% av kommunene ikke har en kommunalt ansatt afasilogoped, mens 46% av kommunene har dette. 49% av kommunene finansierer logopedtjenestene for afasirammede gjennom RTV-avtalen og 43% av kommunene kjøper de logopediske tjenestene fra privatpraktiserende. Kun 10% av kommunene kjøper tjenester fra en annen kommune, mens 17% av kommunene har inngått i et interkommunalt samarbeid for å kunne yte slike tjenester (Oraviita, 2008).

I 71% av kommunene ble logopediske tjenester for afasirammede organisert innen kommunens utdanningsvirksomhet. Hos de resterende kommuner svarer 14% at tjenesten er

organisert gjennom helse- og omsorgstjenesten, mens 12% av kommunene svarte at tjenesten er organisert i en kombinasjon av utdanning og helse- og omsorg (Oraviita, 2008).

Undersøkelsen fordelte utvalget i store, mellomstore og små kommuner. Det viser at 81% av de store kommunene hadde kommunalt ansatte afaologoped, mens det var kun 34% av de små kommunene som hadde det. Av de mellomstore var det 47%. 25% av de små kommunene har et interkommunalt samarbeid, mens 8% og 10% hos store og mellomstore kommuner har det. 16% av de små kommunene kjøper logopedtjenester fra andre kommuner, dette blir bare gjort av 3% av de store kommunene og 4% av de mellomstore kommunene (Oraviita, 2008).

Det ble funnet signifikante forskjeller mellom store, mellomstore og små kommuner angående om det var ansatt kommunale afaologoped eller ikke. Store, mellomstore og små kommuner ble fordelt i tre par; Store-Små, Mellomstore-Små og Store-Mellomstore. Resultatet fra kji-kvadrattesten forteller oss at det er en sammenheng mellom hvor stor kommunen er målt i innbyggertall og om de har ansatt kommunale afaologoped. Det var en statistisk signifikans i parene store og mellomstore og mellomstore og små, noe som betyr at det er større sannsynlighet for at en stor kommune har kommunalt ansatt afaologoped enn en mellomstor kommune eller småkommune (Oraviita, 2008).

Av de 123 kommunene som svarte i undersøkelsen at de ikke hadde kommunalt ansatt logoped som arbeidet med afasirehabilitering, svarte opp mot 50% av dem at de benytter seg av privatpraktiserende logoped som finansieres gjennom RTV-avtalen. ¼ av disse kommunene oppga at de kjøpte tjenestene fra en annen kommune og brukte interkommunalt samarbeid (Oraviita, 2008).

Undersøkelsen viser hvordan kommunene løser det å tilby logopedtjenester til sine innbyggere. Kommunene deles opp i forskjellige grupper etter innbyggertall for å vise om dette har en innvirkning på kommunens tilbud av logopedtjenester. Undersøkelsen gir meg muligheten til å vurdere resultatene fra spørreskjemaet opp mot mine egne resultater fått via en innholds- og dokumentanalyse. Det gjør at jeg også får muligheten til å kunne se hva forskjellen i metodisk fremgang har av betydning for resultatene. Det gir undersøkelsen min legitimitet; for hvordan dette er nedfelt i kommunenes planverk.

### **3.3 Rehabiliteringstilbudet til pasienter med afasi på Haugalandet**

Nordheim (2016) undersøkte hvilket logopedisk tilbud mennesker med afasi får i tidlig rehabiliteringsfase på Haugalandet via et semistrukturert intervju. Det ga også svar på



hennes fire underliggende spørsmål: logopedens bakgrunn, henvisningsrutiner, tiltak i behandling og evaluering og dokumentasjon.

For min egen oppgave er det kun det underliggende spørsmålet om henvisningsrutiner som er av interesse. Nordheim (2016) sitt utvalg består av 10 kommuner som styres av det samme lovverket, allikevel eksisterer det store forskjeller i henvisningsrutinene. I en av kommunene ble henvisning sendt til kommunens servicekontor som så kontaktet voksenopplæringen i kommunen. I en annen kommune gikk henvisning direkte til den kommunale logopeden. I to av kommunene går henvisning først til PPT, som utarbeider en sakkyndig vurdering, før saken blir videreført til voksenopplæringen. I to andre kommuner blir henvisningen sendt til pleie og omsorg som gjør et vedtak på at de ikke har tilbudet kommunalt, som så sendes Helfo som gjør et vedtak om at det er behov for logopedisk hjelp og til slutt ender vedtaket opp hos en privatpraktiserende logoped. Her trekker Nordheim (2016) frem at mennesker som trenger logopedtjenester ofte må reise utenfor egen kommune for å få den logopediske oppfølgingen de har krav på etter enten Opplæringslovens §4A-2 eller Helse- og omsorgstjenestelovens § 1-1. Dette fører til at mange mennesker med afasi får færre timer enn de nasjonale retningslinjene sier. Kommuner uten egen logoped gir et generelt dårligere logopedtilbud enn kommuner med logoped. Kommunenes ulike praksiser innen å tilby innbyggerne sine logopedisk hjelp gjør at omfanget på alle tiltakene som blir gitt mennesker med afasi, blir gitt på ulikt grunnlag (Nordheim, 2016).

Det er stor forskjell innad i kommunene om hvem som henviser mennesker med afasi til logoped. Fem av de seks informantene sier at henvisningen kommer fra enten sykehus, rehabiliteringssenter, fastleger eller omsorgssenter, mens den siste informanten får henvisningen fra PPT. Opplysningene i selve henvisningen er varierende ut fra hvem som henviser (Nordheim, 2016). Alle av Nordheim (2016) sine informanter, unntatt en, klarer å få starte rehabiliteringen innen en uke etter mottatt henvisning. Den ene logopeden forklarer sin forsinkede oppstart med at Helfo sin saksbehandling går for sakte, noe som i visse tilfeller kan føre til at behandlingen ikke starter før seks uker etter mottatt henvisning. Nordheim (2016) mener at dette skyldes lovverkets dualitet overfor logopedtjenesten og at de pasientene som kommer inn under Opplæringsloven får raskere rehabilitering enn de som faller inn under Helse- og omsorgstjenesteloven. Det påpekes dog at svaret ikke er å overføre alle til spesialpedagogisk opplæring da logopedene har tilsettingsforhold som er lik de lærerne har, som fører med seg andre vansker, som to måneder lang sommerferie (Nordheim, 2016). Undersøkelsen viser til dualiteten som eksisterer i og rundt logopedtjenesten og hvor

tungrodd den kan få logopedtjenesten til å virke. At kun 10 kommuner i samme geografiske område kan vise seg å ha så forskjellige rutiner for logopedtjenesten er vanskelig å tro når de følger det samme lovverket. Dette gjør at min innfallsvinkel om hvordan logopedtjenesten blir ivaretatt i kommunenes planverk er legitim å undersøke.

### **3.4 Samhandling og koordinering av tjenester**

Brandal og Brakstad (2017) undersøkelse ser på samhandlingen og koordineringen mellom de to tjenestenivåene sykehus og kommune og mellom de ulike sektorene på samme nivå som kommunen, alt i lyst av Samhandlingsreformen. Både sykehusene og kommunene mener at de har fått et generelt tettere og mer likeverdig samarbeid etter innføringen av Samhandlingsreformen. Samhandlingen er dog vanskelig når det gjelder informasjonsoverføring til logopeder da kommunene har forskjellige løsninger på å tilby logopedtjenester. Dette fører til brudd i informasjonsoverføringen som kan føre til brudd i pasientforløpene. Samhandlingsreformen skulle føre til at man unngikk unødvendige brudd i pasientforløpene og sikre at det var god samhandling mellom de ulike aktørene og de ulike sektorene innen kommunene. Mangelen på en formalisert samarbeidsavtale mellom sykehuslogopedene og kommunenes administrasjon som er ansvarlige for logopedrehabilitering, samt kommunenes uklare interne ansvarslinjer angående logopedtjenester til voksne fører til at det er liten eller ingen kontakt mellom sykehuslogopedene og voksenopplæringen. I tillegg fører kommunenes manglende oversikt over både kommunale- og privatpraktiserende logopeder og deres tjenester til vanskeligheter. Dette gjør at det blir vanskeligere for logopedene å følge de nasjonale retningslinjene for oppstart av rehabilitering (Brandal & Brakstad, 2017).

Undersøkelsen viser til manglende samhandling som fører med seg store problemer, fordi man ikke har en samkjørt måte å drive logopedtjenester på i kommunene. Dette viser tilbake til kommunenes ivaretagelse av logopedtjenester for voksne og logopedtjenestens dualitet. Undersøkelsen er dermed med på å legitimere min egen innfallsvinkel.

## **4. Politikk og lover**

Det er bred enighet i befolkningen om at det er det offentlige som skal ta ansvar for at man skal kunne tilbys gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av hvor man bor, sosioøkonomisk status og etnisitet (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Så hvorfor er det da annerledes når det kommer til logopedisk hjelp til voksne?

#### 4.1 Wisløff-utvalget

I 2003 ble det opprettet et NOU-utvalg med et hovedformål om å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt vurdere endringer i tjenestenes rammebetingelser for å kunne forbedre denne samhandlingen (Helse- og omsorgsdepartement, 2005). Utvalgets mandat lød slik:

«Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelser i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten.

Spesielt eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelmissbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling» (Helse- og omsorgsdepartement, 2005, p. 11).

Utvalget vil fra nå av bli omtalt som Wisløff-utvalget eller kun utvalget. Wisløff-utvalget skulle legge vekt på å kartlegge og vurdere hvordan helsetjenesten fungerer overfor pasientgrupper med behov for helhetlige, koordinerte og langvarige tjenester som strekker seg over flere tjenester og ulike nivåer, samt foreslå aktuelle endringer innen økonomi, jus og organisering (Helse- og omsorgsdepartement, 2005).

##### 4.1.1 Wisløff utvalgets forutsetninger for god samhandling

Utvalget mente det var fire områder som var viktige for å ha god samhandling: 'verdigrunnlaget', 'primærhelsetjenesten er helsetjenestens fundament', 'likeverdighet mellom de forskjellige aktørene' og at 'tjenesten må være både faglig gode og trygge'. Med verdigrunnlag mente utvalget at helsetjenesten må møte pasientene sine med et helhetlig menneskesyn og at det gjelder å samarbeide innad i helsetjenesten for å kunne gi pasientene et helhetlig forløp. Ved å forankre helsetjenesten i kommunene vil det bidra til et mer helhetlig behandlingssløp og vil gi omsorg, nærhet og god tilgjengelighet for pasientene og derfor mener utvalget at primærhelsetjenesten bør være helsetjenestens fundament og at kommunehelsetjenesten bør gis større oppmerksomhet og flere ressurser. Likeverdighet mellom de ulike aktørene bygger på at utvalget mener helsetjenesten bør bygges på gjensidig respekt og tillit mellom aktørene og at dette også gjelder for tjenesteyterne. Utvalget legger til

grunn at alle tjenestene må være gode og trygge og at hver enkelt tjenesteutøver må gi tilbud som er i samsvar med nasjonale standarder, følger gjeldende myndighetskrav og tilstreber best mulig praksis innen sitt fagområde (Helse- og omsorgsdepartement, 2005).

#### 4.1.2 Pasientperspektivet i helsetjenesten

Pasientperspektivet innebærer fokus på brukermedvirkning og tilretteleggelsen av en individuell plan. Det skal gis opplæring og informasjon til pasientene, spesielt til dem som lever med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer. Tiltaket er en plikt som alle som arbeider innen helsetjenesten skal legge til grunn for sine handlinger og innebærer at man skal se pasientens helhetlige situasjon. Det skal også opprettes et pasientombud som har mandat til å behandle henvendelser fra både kommunehelsetjenestene og sosialtjenestene, samt forbedre helsetilsynet så man kan sikre samhandlingsperspektivet (Helse- og omsorgsdepartement, 2005).

#### 4.1.3 Samhandling mellom tjenesteutøverne

Hovedområdets tiltak vil direkte påvirke samhandlingen mellom de ulike tjenesteutøverne gjennom oppfordringer til helsetjenestens ulike utøvende organer og nasjonale tiltak som må forankres i både lover og forskrifter. Hovedområdet ble delt opp i ni delområder (Helse- og omsorgsdepartement, 2005), men jeg vil kun legge frem de delområdene som er interessante i denne sammenhengen. Tiltaket er å styrke rehabiliteringstjenesten ved å foreslå at kommuner og foretak skal samarbeide om å danne felles kriterier for planleggingen og bruken av rehabiliteringstilbudene. Utvalget mener at rehabiliteringstjenesten er et område som er spesielt viktig for samhandling (Helse- og omsorgsdepartement, 2005).

Tiltak nummer to handler om å gjøre det lettere for tjenesteytere å finne frem til nødvendige samhandlingspartnere ved at både kommuner og foretak danner en klar adresse som skal omfatte henvendelser mellom tjenesteytere for samhandling (Helse- og omsorgsdepartement, 2005). Utvalget vil at helsetjenestene skal ha helhetlige pasientforløp med god samhandling mellom de forskjellige enhetene. Derfor handler tiltaket om at ledelsen ved hver enkelt enhet innen helsetjenesten skal bevisstgjøres om samarbeidskultur og praktisk tilrettelegging (Helse- og omsorgsdepartement, 2005).

#### 4.1.4 Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Utvalget trekker frem seks tiltak innen hovedtiltaket (Helse- og omsorgsdepartement, 2005), men jeg vil kun legge frem de tiltakene som er interessante i denne sammenhengen. Tiltaket er å utvide den interkommunale ordningen innen helsetjenesten, slik at det

interkommunale samarbeidet kan tildele tjenester til innbyggerne i alle de deltagende kommunene (Helse- og omsorgsdepartement, 2005). Utvalget legger frem et tiltak der de anbefaler kommuner og regionale helseforetak om å støtte opp under samhandling gjennom lokalt tilpassede finansieringsordninger. Et tiltak skal styrke muligheten for å gi befolkningen i hver enkelt kommune et godt og samlet helsetjenestetilbud gjennom ansvarliggjøring av kommunen, samt et system som understøtter kommunen som bestiller av tjenester (Helse- og omsorgsdepartement, 2005).

Forslaget om ansvarliggjøring av kommunen kan være spesielt interessant når man ser på hvordan logopedtjenester finansieres ut fra hva det regnes som; er det opplæring eller er det rehabilitering? Det er kommunen som står økonomisk ansvarlig for opplæring, jf. Opplæringsloven §13-1 (Kunnskapsdepartementet, 1998). Kommunene skal finansiere det via sine frie inntekter som består av rammetilskudd fra staten og skatteinntekter (Kunnskapsdepartementet, 2019). Ved rehabilitering er det staten ved Helfo som er ansvarlig for finansieringen av logopedtjenester, så lenge det ikke er mulig å få dette tilbudet gjennom annen lovgivning (Helfo, 2019c). Helfo betales via trygdebudsjettet. Dette gjør at det kan tenkes at kommuner som vil spare penger regner logopedisk hjelp til voksne som rehabilitering for at de skal slippe å betale for det. Hvis forslaget blir gjennomført, kan dette muliggjøre at kommuner blir ansvarlige for rehabiliteringen som innebærer logopedisk hjelp og dette kan igjen føre til bedre samhandling og raskere oppstartstid på behandlingen. En rapport fra 2019 legger frem et forslag om at kommunen vil få utbetalt refusjon hvis logopedbehandling blir gitt av en kommunalt ansatt logoped (Helsedirektoratet, 2019).

Utvalgets forutsetninger for god samhandling ga helsevesenet en mulighet for å ta innover seg flere faggrupper slik at det kunne være mulig å nå målet om å gi et helhetlig pasientforløp og yte best mulig helsetjeneste. Tanken om å gjøre kommunens helsetjeneste til primærhelsetjeneste ga muligheter for samhandling på tvers av ulike sektorer. Utvalget påla helsetjenestene en rekke tiltak for å forbedre samhandlingen og påla kommunene mye nytt arbeid for å kunne løse funksjonene som primærhelsetjenesten skal. Hvis kommunene har klart å ta innover seg alt dette, vil det vises i ivaretagelsen av logopedtjenester i kommunene gjennom deres planverk. Kan vi se dette?

#### **4.2 St.meld.nr. 47 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen ble lagt frem i Stortingsmelding nr. 47 i 2008-2009 og skulle ta for seg fremtidens helse- og omsorgsutfordringer (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-

2009). Reformen trådte i kraft fra 1. januar 2012 og skulle implementeres gradvis (Barstad, 2020). Reformen kom etter tilbakemeldinger fra både brukere, pasienter, pårørende og tjenestene selv, samt Wisløff-utvalget. Målet med reformen var å få til bedre samhandling innen helse- og omsorgssektoren og knytte dette opp til to hovedperspektiver; et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Samhandlingsreformen skal løse samhandlingsutfordringene ved å løse dets tre hovedutfordringer; (1) pasientenes behov for koordinerte tjenester, (2) begrensningen og forebyggingen av sykdom preges av for liten innsats fra tjenestene og (3) samfunnets økonomiske bæreevne trues av utfordringen fra den demografiske utviklingen og endringene i sykdomsbildet (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Løsningsstrategien har fem hovedgrep (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009) og jeg vil legge frem de som er interessante i denne sammenhengen.

#### 4.2.1 Klarere pasientroller

Samhandlingsreformen skal gi klarere pasientroller og et helhetlig pasientforløp. Gode pasientforløp skal analyseres og beskrives slik at både organisatoriske tiltak og myndighetstiltak kan vurderes for å få til en bedre samhandling som igjen skal føre til et mer helhetlig pasientforløp. For pasienter som trenger koordinerte tjenester vil det komme en lovpålagt plikt som gir dem et kontaktpunkt (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009).

For å kunne ivareta helheten i pasientforløpene til ulike pasientgrupper og enkeltpasienter skal man gå vekk fra et søyleformet system, som har gitt gode delbehandlinger, og gå over til et system som omkranser helheten. Dette vil gjøre det enklere for spesialisthelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten å arbeide sammen. Individuell plan er et hovedtiltak for få dette til. Via den individuelle planen skal samhandling og pasient- og bukerforankring ivaretas. For å sikre et helhetlig pasientforløp har man satt ned grupper bestående av personer fra Helsedirektoratet, kommuner, helseforetak, pasientorganisasjoner og ansattes organisasjoner som skal identifisere hvor det forekommer systemsvikt i pasientenes helhetlige forløp. Systemsvikt omtales fra nå som brudd. Brudd oppstår når pasientens behov ikke blir møtt på en rasjonell og koordinert måte fra de ulike tjenestedelene, dette kan for eksempel være brudd i tidsperspektivet noe som medfører unødvendig venting.

Pasientrollen skal under Samhandlingsreformen bli klarere. Hensynet til pasienten skal være grunnsteinen for tjenesteutøvelsen. Pasienten skal få lov å være mer medvirkende og deltakende i både planlegging og oppfølging av ens egen helsehjelp. Alle ansatte innen

helsetjenesten må se pasientens helhetlige situasjon og ikke bare se på pasienten innenfor egne faglige rammer, dette gjelder også for de som planlegger og tilrettelegger helsetjenester. Man vil bruke pasienten som en ressurs i samhandlingen (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009).

Logopedtjenestens dualitet kan føre til brudd i pasientforløpet da tjenestens forankring og hva den skal innebære ikke er møtt på en rasjonell og koordinert måte som fører til at pasienten eller brukeren kan oppleve en forsinket oppstart av rehabilitering.

At pasientens helhetlige situasjon ikke blir sett av de som planlegger og tilrettelegger helsetjenester i forhold til de som trenger logopedtjenester, er brudd på at hensynet til pasienten skal være grunnsteinen for tjenesteutøvelsen.

Dette kan vises via å se hvor mange kommuner som ikke har nevnt logoped i sine planverk. De er da med på å påføre potensielle brudd i pasientenes forløp.

#### 4.2.2 Ny fremtidig kommunerolle

Kommunens nye rolle skal sørge for at det helhetlige pasientforløpet kan ivaretas innenfor best effektivt omsorgsnivå gjennom helhetlig tenkning, forebygging, tidlig intervensjon og diagnostikk, samt behandling og oppfølging. For å klare dette må de kommunale helsetjenestene bygge opp allerede eksisterende oppgaver, utvikle nye tjenestetilbud og overta oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Det legges frem et forpliktende avtalesystem om oppgavefordeling og samarbeid som skal sikre samhandlingen mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Forebygging, pasienters egenmestring og tidlig intervensjon og lavterskeltilbud er forhold som kommunene er ansvarlige for. Dette er også sentrale forhold som reformen mener bør styrkes for at samhandlingen skal bli bedre. Derfor bør kommunerollen styrkes. Regjeringen mener at ved en styrket kommunerolle vil helse- og omsorgstilbudet bli både billigere og bedre (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009).

Regjeringen legger opp til at kommunene bør samarbeide for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes til det fulle, slik at alle sykdomsgrupper i befolkningen dekkes. Samhandlingen mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal sikres gjennom en avtale som vil sikre at pasienter ikke står uten tilbud og vise til fordelingen av oppgavene og hvordan de skal samarbeide om helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Kommunens nye rolle er en videreføring av Wisløff-utvalgets ønske om å forankre primærhelsetjenesten i landets kommuner, noe utvalget trakk

frem som en god måte å sikre samhandling mellom tjenesteutøvere og ulike sektorer (Helse- og omsorgsdepartement, 2005).

At kommunens rolle skal styrkes, fører med seg at kommunen må mestre flere områder. Det at regjeringen håper helse- og omsorgstilbudet skal bli billig og samtidig bedre gjør at kommunene har større sannsynlighet for å gjøre feil. Dette vil kunne gå utover enkelte tilbud. Det er naturlig at tilbud som er vanskelig å sette innen en bås da blir lidende. Dette vil gjelde logopedtjenesten på grunn av dets generelle dualitet. Det å gjøre det billigere kan også medføre at enkelte kommuner ikke gir logopedtjenester til voksne som behandling, for da må staten via Helfo betale for det.

#### 4.2.3 Etablering av økonomiske insentiver

Kommunene skal medfinansiere spesialisthelsetjenesten og få det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter. Medfinansieringen skal fungere som et insentiv for å organisere og tilrettelegge tjenester på lavest effektive omsorgsnivå. Kommunene vil få midler som skal dekke betalingen for utskrevne pasienter og kan beholde de ekstra midlene til å bruke på andre helsetiltak hvis de klarer å organisere et tilbud som koster mindre. Dette finansieringssystemet skal føre til en god arbeidsdeling mellom kommunenes helse- og omsorgsoppgaver og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009).

For kommunene kan dette være en måte å tjene ekstra penger på. De kan unndra logopedtjenester for utskrivningsklare pasienter ved å passe på at det blir sett på som rehabilitering og ikke opplæring, dermed må staten ved Helfo betale for det.

#### 4.2.4 Utvikling av spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal bli mer spesialisert for å dekke pasientens behov for et standardisert pasientforløp og koordinerte tjenester. Kommunen må derfor dekke tjenester som ikke trenger spesialisert kompetanse, samtidig som spesialisthelsetjenesten må innse at en del av deres tjenester inngår i et pasientforløp som inkluderer kommunale tjenester (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009).

Utvikling av spesialisthelsetjenesten fordrer et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten. Dette fører med seg at kommunen må dekke flere tjenester enn tidligere som gjør at informasjonsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helsetjenesten må bli bedre. Det er da viktig for logopedtjenesten, der tjenesteyterne ikke er autorisert helsepersonell, at det er gode



samarbeidsavtaler for at informasjonsflyten skal gå bra. Dette kan sees via kommunenes ivaretagelse av logopedtjenesten overfor voksne i deres plandokumenter.

### 4.3 Opplæringsloven

Opplæringsloven har som formål å åpne dører mot fremtiden, jf. §1-1 (Kunnskapsdepartementet, 1998).

#### 4.3.1 Opplæringsloven kapittel 4A om opplæring spesielt organisert for voksne

Dette kapitlet i Opplæringsloven stadfester voksnes rettigheter til grunnskoleopplæring og spesialundervisning. Hvis man er over opplæringspliktig alder og trenger grunnskoleopplæring, har man rett til slik opplæring. Denne opplæringen skal tilpasses den enkeltes behov, jf. §4A-1. Voksne har rett til spesialundervisning hvis hen ikke har eller kan få et tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet eller trenger å vedlikeholde eller utvikle grunnleggende ferdigheter, jf. §4A-2. Kommunen og fylkeskommunen er pliktig å sørge for grunnskole- og videregående opplæring for voksne, at opplæringen dokumenteres og at kommunen og fylkeskommunen tilrettelegger for at voksne får opplæring etter dette kapitlet, jf. §4A-4. Voksne skal få bruke egne kommunikasjonsformer og nødvendige kommunikasjonsmidler i opplæring, hvis den voksne mangler helt eller delvis funksjonell tale og har behov for alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK), jf. §4A-13 (Kunnskapsdepartementet, 1998).

#### 4.3.2 Opplæringsloven kapittel 5 om spesialundervisning

Kapittel 5 i Opplæringsloven omhandler opplæringstilbudet i spesialundervisning. Opplæringstilbudet som gis innen spesialundervisning må vurderes ut fra elevens utviklingsutsikter og at opplæringens innhold må være realistiske sett opp mot opplæringsmålene, jf. §5-1. Før eleven får et vedtak om spesialundervisning må det foreligge en sakkyndig vurdering som blant annet skal ta standpunkt til forhold som er viktige for opplæringen, hvilke type opplæring som kan gi et forsvarlig opplæringstilbud og hvilke opplæringsmål som er realistiske, jf. §5-3. En pedagogisk-psykologisk tjeneste skal eksistere i alle landets kommuner og fylkeskommuner og denne tjenesten skal hjelpe skoler i arbeidet med å legge til rette for opplæring av elever med særlige behov, samt utarbeide sakkyndige vurderinger der loven krever det, jf. §5-6 (Kunnskapsdepartementet, 1998).

4.3.3 Opplæringsloven kapittel 13 om ansvaret til kommunen, fylkeskommunen og staten

Dette kapitlet omfatter ansvaret som ligger hos kommunen, fylkeskommunen og staten når det kommer til opplæring. Kapitlet stadfester også at ansvaret for å oppfylle lovens krav ligger hos kommunen og fylkeskommunen. Plikten for å gi grunnskole- og videregående opplæring for pasienter i helseinstitusjoner som eies av et regionalt helseforetak, det gjelder òg for pasienter i private helseinstitusjoner så lenge den helseinstitusjonen har en avtale med det regionale helseforetaket, er fylkeskommunens. Dette gjelder dog kun for pasientene i institusjonsplasser som finansieres av regionale helseforetak, jf. §13-3a. Det er kommunen og fylkeskommunens ansvar å sørge for at kravene i opplæringsloven og dets forskrifter blir fulgt opp, samt stille til rådighet ressursene som trengs for å kunne oppfylle kravene, jf. §13-10 (Kunnskapsdepartementet, 1998).

#### **4.4 Helse- og omsorgstjenesteloven**

Formålet til Helse- og omsorgstjenesteloven er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av lidelser, skader, nedsatte funksjonsevner og sykdommer, samt forebygge sosiale problemer ved å fremme sosial trygghet og bidra til likeverd og likestilling. Formålet skal sikre at den enkelte får muligheten til å ha en aktiv og meningsfylt hverdag i et fellesskap. Videre påpeker formålet at tjenestetilbudet skal være av god kvalitet og gi et likeverdig tilbud. Det skal sikre at tjenesten samhandler og at den er tilgjengelig for både pasienter og brukere og at tjenestetilbudet er tilpasset den enkeltes behov, jf. §1-1. Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller utføres av kommunen, jf. §1-2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

4.4.1 Helse- og omsorgstjenestelove kapittel 3 om kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

Dette kapitlet slår fast at kommunene har et ansvar om å tilby alle personer som oppholder seg i kommunen de nødvendige helse- og omsorgstjenestene og at dette gjelder for alle pasient- og brukergrupper, jf. §3-1. For at en kommune skal oppfylle ansvaret sitt etter §3-1, påpeker §3-2 at kommunen må kunne tilby habilitering og rehabilitering innen sosial, psykososial og medisinsk og blant annet ha fagfolk som fysio- og ergoterapeut (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Via opplysning, rådgivning og veiledning skal alle kommuner, gjennom deres helse- og omsorgstjenester, arbeide for å forebygge sosiale problemer, skade eller sykdom, samt fremme helse, jf. §3-3. For at helse- og omsorgstjenesten skal kunne arbeide som en enhet skal kommunen samarbeide med fylkeskommunen, staten og de

regionale helseforetakene. De ulike deltjenestene i kommunen skal kunne samhandle seg imellom og med andre tjenesteytere så lenge det er nødvendig for å tilby tjenester som omfattes av loven og dette er kommunens ansvar å se til, jf. §3-4 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

4.4.2 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 om samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

For at både pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester skal kunne motta et helhetlig tilbud skal alle landets kommuner inngå samarbeidsavtaler med helseregionens regionale helseforetak eller med et helseforetak som det regionale helseforetaket har pekt ut. En slik avtale kan kommunen inngå alene eller i samarbeid med andre kommuner. Vurderingsgrunnlaget for en slik avtale skal bygges på pasienter og brukeres erfaring og derfor skal også deres organisasjoner være medvirkende ved utarbeidelse av avtalen, jf. §6-1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

#### **4.5 Forskrift om dekning av logopedutgifter**

Forskriften sier at man får støtte til å betale for logopedutgifter så lenge det er en del av rehabilitering eller behandling. Den sier også noe om behandlingsformen, hvor mange timer man får dekket og at støtten ikke gis hvis det offentlige gir støtte etter andre lover (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997).

#### **4.6 Helfo**

Det er her veldig viktig å skille mellom logopedisk hjelp gitt i spesialundervisning og logopedisk hjelp som følge av sykdom eller skade (Helfo, 2019b). Kommunen står ansvarlig for å gi tilbud om opplæring hos logoped for alle som har rett til spesialpedagogisk tilbud og kan dermed ikke grunngi sin tilvisning til Helfo med at det ikke er logopedtjenester i kommunen (Helfo, 2019b). Hvis man derimot trenger logopedisk hjelp som behandling av sykdom eller skade kan Helfo gi støtte så lenge personen ikke kan få dette tilbudet gjennom annen lovgivning (Helfo, 2019c), det vil òg kreves henvisning fra en lege (Helfo, 2019b). Behandling som dekkes av Helfo må òg ha en vesentlig innvirkning på pasientens sykdom og funksjonsevne (Helfo, 2019b). Dette er forankret i Folketrygdloven §5-10 som benyttes når staten ved NAV Helfo skal vurdere om søkeren oppfyller kravene til støtte (Kunnskapsdepartementet, 2014).

Fra 2017 kunne man gjøre unntak fra kravet om forhåndstilsagn for pasienter som var over 18 år, dette gjorde at så lenge pasienten hadde henvisning fra lege og en uttalelse fra en

spesialist kunne man starte behandlingen. Ansvar for å vurdere om behandling er refusjonsberettiget ligger hos den enkelte logoped. For at det skal være mulig å gi raskere behandling hos logoped er det gjort endring i saksbehandlingsrutinene. Endringen er at det ikke lenger er krav om å ha vedtak om avslag fra kommunen før Helfo kan gi stønad (Helsedirektoratet, 2017b).

#### **4.7 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator**

Forskriften har som formål å sikre tilbud og tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse for personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk re-/habilitering. Tjenestene som tilbys skal fremstå helhetlig for både pasient og bruker og skal utøves ut fra et pasient- og brukerperspektiv, samt være tverrfaglig, samordnet og planmessig, jf. §1 (Helse- og omsorgsdepartement, 2011).

##### **4.7.1 Forskrift om habilitering og rehabilitering kapittel 2 om generelt om habilitering og rehabilitering**

Dette kapittelet forteller at habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser som eksisterer på ulike arenaer og kjennetegnes ved at de er koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteutøver. Utgangspunktet i både habilitering og rehabilitering er den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabiliteringens mål er at pasient og bruker skal kunne få en mulighet til å oppnå best mulige funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i både utdanning, arbeid, sosiale arenaer og ellers i samfunnet. Dette gjelder så lenge pasient og bruker enten har eller står i fare for å miste eller få begrensninger i sine fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevner, jf. §3 (Helse- og omsorgsdepartement, 2011).

##### **4.7.2 Forskrift om habilitering og rehabilitering kapittel 3 om habilitering og rehabilitering i kommunen**

Kapittelet påpeker at tjenester som kommunen tilbyr innen deres helse- og omsorgstilbud skal inn i et samlet tverrfaglig habilitering- og rehabiliteringstilbud og at det ved behov skal samarbeides med andre etater. Det er kommunens ansvar for at alle deres innbyggere får den nødvendige utredningen og oppfølgingen innen sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. §5 (Helse- og omsorgsdepartement, 2011).

## 5.0 Rehabilitering eller spesialpedagogisk opplæring?

For voksne med språkvansker som følge av sykdom eller skade reguleres tilbudet om logopedtjenester både gjennom helselovgivningen og opplæringsloven, det vil altså her være en delvis overlapping av regelverkene. Logopedtjenester kan anses som både helsehjelp, gjennom helselovgivningen, og spesialundervisning, gjennom opplæringsloven, overfor samme pasient/person (Kunnskapsdepartementet, 2014). Logopedtjenester som gjennomføres i helseinstitusjoner kan anses som opplæring etter opplæringsloven, hvis alle fire følgende punkter oppfylles:

1. «Aktiviteten må stå under skolens ledelse og ansvar
2. Aktiviteten må skje innenfor rammen av det fastsatte undervisningstimetallet
3. Aktiviteten må ha et pedagogisk siktemål som er innrettet på å oppnå de målene som fremgår av opplæringslovens formålsparagraf, § 1-2
4. Aktiviteten må innebære en oppfyllelse av det sentralt fastsatte læreplanverket for grunnskolen, eller innebære en oppfyllelse av en individuell opplæringsplan som er fastsatt i henhold til opplæringsloven § 5-5» (Kunnskapsdepartementet, 2014, p. 2).

Logopedbehandling i akutfase fyller ikke kriteriene som vist over og derfor faller det utenfor opplæring, ifølge opplæringsloven. Derfor skal logopedbehandling i akutfase anses som helsetjeneste etter helselovgivningen (Kunnskapsdepartementet, 2014). Etter overføring fra sykehus/rehabilitering er det opp til den enkelte kommune å utarbeide gode rutiner for oppfølging av de pasienter som kommunen står til ansvar for. Det er kommunens ansvar å sørge for at det eksisterer nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som har behov for det etter endt behandling hos spesialisthelsetjenesten. Nødvendige helse- og omsorgstjenester kan omfatte logopedbehandling (Kunnskapsdepartementet, 2014).

En voksen som har rett til grunnskoleopplæringen etter § 4 A-1 kan og ha rett til spesialundervisning etter § 4 A-2 første eller andre ledd. Hvis den voksne har rett på spesialundervisning må det gjøres et eget enkeltvedtak, som kommer i tillegg til enkeltvedtaket om rett til grunnskoleopplæring. Det er to alternative grunnlag for at voksne skal kunne ha rett til spesialundervisning:

- De har ikke eller kan ikke få et tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet for voksne
- De har et særlig behov for opplæring slik at de kan holde vedlike eller utvikle grunnleggende ferdigheter (Utdanningsdirektoratet, 2015).

Grunnleggende ferdigheter skal her dekke ADL-trening, grunnleggende kommunikasjonsferdigheter, grunnleggende lese- og skriveferdigheter, motorisk trening og lignende. Opplæring i de grunnleggende ferdighetene skal dekke både opplæring i nye ferdigheter, relæring av tidligere lærte ferdigheter og oppnådd kompetanse, samt vedlikehold og utvikling av de grunnleggende ferdighetene (Utdanningsdirektoratet, 2015). Retten til spesialundervisning ses på som en individuell rett som ingen kan avvise eller redusere. Det er ikke mulig å ta fra noen retten ved å hevde at det er manglende ressurser eller økonomi, dette kommer frem av opplæringsloven § 13-10 første ledd (Utdanningsdirektoratet, 2015). Årsaken til det særlige behovet for opplæring kan være sykdom eller skade som, f. eks, har ført til at hen ikke lenger har grunnleggende lese- og skriveferdigheter. Sakkyndighetsrapport fra pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) har en sentral rolle i avgjørelsen om den voksne har et særlig behov for opplæring for å utvikle eller vedlikeholde grunnleggende ferdigheter. Vurderingen og tilrådingen skal være i tråd med § 5-3 (Utdanningsdirektoratet, 2015). Hvis behovet ikke er tilknyttet opplæring, men heller behandling, aktivisering, rehabilitering, opptrening, tilsyn eller lignende, vil det falle utenfor opplæringsloven sine rammer, jf. §4 A-2 andre ledd (Utdanningsdirektoratet, 2015, p. 13). Innen spesialundervisning finnes det i prinsippet ingen grenser for hvor store avvik som kan gjøres fra læreplanen så lenge man holder seg innenfor den generelle målsettingen som følger av formålsparagrafen i opplæringsloven. Men aktiviteten må gå frem av enkeltvedtaket om spesialundervisning. Dette gjør at det nødvendigvis ikke er typen aktivitet som er avgjørende for om det som gjøres regnes for opplæring eller behandling, den samme aktiviteten kan være opplæring for en og behandling for en annen. Utdanningsdirektoratet (2015) legger frem tre grunner som kan tas med i vurderingen om aktiviteten er opplæring eller behandling:

- Må ha et pedagogisk siktemål
- Må i utgangspunktet være knyttet opp til opplæringen i hele eller deler av fag og må oppfylle det sentralt fastsatte læreplanverket eller enkeltvedtaket om spesialundervisning og individuell opplæringsplan.
- Må leies av kommunen og kommunen må stå ansvarlig.

Opplæringen må skje under ledelse av noen som har ansvar for den faglige og pedagogiske veiledningen, jf. § 4 A-5 (Utdanningsdirektoratet, 2015, p. 13).

Ved å gå igjennom kommunenes planverk kan man se om kommunene tar ansvaret de blir pålagt om å følge opp utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Hvordan

kommunene har løst tilbudet om logopedtjenester til voksne i sine planverk forteller oss hvordan kommunene stiller seg overfor logopedtjenestens dualitet.

## 6.0 Oppsummering av introduksjonen

Introduksjonen har vist tendenser til en aldrende befolkningsgruppe i Norge som vil trenge all den hjelpen fra ulike faggrupper som de kan få. Jeg har lagt frem hvilke vansker som man enten er født med eller som man kan få senere i livet som en logoped kan hjelpe med, det er blant annet taleflytvansker eller afasi etter hjerneslag. Det er viktig å vise hvor mange i befolkningen som har eller kan få vansker og hvilke av disse pasient-/brukergruppene en logoped kan være helt nødvendig eller til stor nytte for. En annen side for hvorfor dette er viktig å trekke frem er å vise hva en logoped faktisk kan være til nytte for utenfor et utdanningsperspektiv.

I en slik prosess er det viktig å kunne vise til tidligere forskning som er gjort på feltet for å kunne se på utviklingen som har skjedd. De fleste arbeid som er gjort på dette feltet har hatt sitt primære søkelys på afasi, men er fortsatt nyttige for min undersøkelse da de har sett på hvordan kommunene sier de har løst det å tilby logopediske tjenester. Selv om afasiundersøkelsene, gjort av Afasiforbundet, primært ser på logopedtjenester knyttet opp til afasi har de òg fått en oversikt over logopedtettheten i Norge. Undersøkelsene gir et inntrykk av kommunenes logopediske dekningsgrad, om kommunene selv mener tilbudet deres er tilstrekkelig og hvor mange av kommunene som har kommunal logoped som arbeider innen habilitering og rehabilitering. Dette er informasjon som er viktig å ha med fordi det gir et innblikk i utviklingen. Oraviita sin undersøkelse fra 2008 var viktig å ha med da den gir et bilde på hvordan logopedens rolle innen habilitering og rehabilitering var i Norge før Samhandlingsreformen. Den viser også hvordan kommunene løste det å tilby sine innbyggere logopedtjenester og en innsikt i hvordan små, mellomstore og store kommuner har løst de samme oppgavene. Det siste punktet er viktig for mitt eget arbeid da jeg og vil dele inn i små, mellomstore og store kommuner for å se hvordan de ulike spørsmålene fordeler seg på de tre variablene.

Nordheims arbeid viser en interessant innsikt i hvordan de ulike kommunene utfører henvisning til logoped og spesielt når hun setter lys på henvisninger som går videre til Helfo. De henvisningene som kommer Helfo hende er kun de som har fått avslag i kommunen på grunn av manglende tilbud kommunalt. Det at det eksisterer et statlig apparat som fanger opp de kommunene som ikke kan tilby hjelp er bra, men behandlingstiden hos Helfo er

problematisk. Det vises til at det kunne ta opp til seks uker før rehabiliteringen kunne begynne, men hvis personens vansker ble satt som opplæring ville det blitt startet opp innen en uke. Nordheim drar òg frem noe interessant når hun snakker om at det generelle logopedtilbudet er dårligere i kommuner uten egen logoped. Dette kan virke innlysende, men er allikevel interessant for de kommunene som kjøper logopedtjenester av andre kommuner og for de som løser logopedtjenestene gjennom privatpraktiserende.

Brandal og Brakstad sin undersøkelse i 2017 kastet lys over at flere kommuner og helseforetak ikke hadde inngått samarbeidsavtalene de skulle etter at Samhandlingsreformen ble innført. Dette førte til flere unødvendige brudd i pasientforløpene fordi informasjonsflyten mellom helseforetakene og de kommunale logopedene ikke gikk som den skulle. Det at kommunene heller ikke hadde en oversikt over hvor mange kommunale- og privatpraktiserende logopeder det var i kommunen og hvilke tjenester de utførte, var med å forsinke oppstarten av logopedisk rehabilitering for flere pasienter.

Siden Samhandlingsreformen står såpass sentralt i mitt arbeid er det viktig å se hva denne reformen bygget på og derfor er Wisløff-utvalget en viktig del av arbeidet. Det er spesielt Wisløff-utvalgets anbefalte tiltak for å få til en bedre samhandling som er interessant; pasientperspektivet i helsetjenesten, samhandling mellom tjenesteutøverne og økonomiske og organisatoriske rammebetingelser. Pasientperspektivet skal være helhetlig, fokusere på brukermedvirkning og tilretteleggelsen av individuelle planer. Hele poenget med et helhetlig pasientperspektiv er samhandling, for med et helhetlig pasientperspektiv innser man at man ikke kan dekke alle behovene til pasienten alene, men at flere yrkesgrupper må inn. Det kan være en del av spørsmålsstillingen til hvorfor det ikke er lovpålagt innen kommunale helsetjenester å ha logopeder. Logopeders kvalifikasjoner innen kommunikasjon må være særdeles viktig for helheten.

For oppgavens del er det viktig å ta med de ulike lovene som gjelder for logopedtjenester og for hva kommunen er pålagt å både ha og gjøre. Siden logopedtjenester kan deles inn i både re-/habilitering og spesialpedagogisk opplæring, er det viktig å ha med de lovene som gjelder og hvilke konsekvenser de forskjellige lovene har for hvilke logopediske tjenester som kan utføres for voksne. Ved å ha med de forskjellige lovene kan man diskutere hva og om en logoped kan gjøre innenfor de ulike sektorene. Lovene som gjelder kommunens ansvar, er viktig å ha med da store deler av oppgaven går ut på å forstå hvorfor logopeder eventuelt ikke blir nevnt i kommunenes dokumenter om re-/habilitering og



hva kommunene er lovpålagt å gi sine innbyggere av helse- og omsorgstjenester. Forskrift om dekning av logopedutgifter er omtalt fordi den gir uttrykk for at logopedtjenester som regnes som behandling og rehabilitering bare kan bli dekket hvis det offentlige ikke kan gi støtte etter andre lover.

Helfo er viktig å ha med da den setter et skille mellom logopedisk hjelp gitt som spesialundervisning eller behandling som følge av sykdom/skade. Av lignende grunn er det viktig å ha med punktet om logopedisk hjelp kan regnes som rehabilitering eller spesialpedagogisk opplæring da dette punktet går dypere inn i hva som er forskjellen mellom de to formene for logopedisk hjelp. Det uttrykkes tydelig hvilke kriterier som må være til stede hvis logopedtjenester skal regnes som opplæring og det kommer tydelig frem at skade og sykdom kan være årsak til særlige behov. Punktet peker også på at regelverket som ligger bak er tvetydig og overlappende, noe som kan være en årsak til at kommuner forstår regelverket forskjellig og at det derfor logoped som yrkesgruppe er vanskelig å plassere.

## 7.0 Mål, problemstillinger og hypoteser

Målet med oppgaven er å se hva norske kommuner skriver om logopedtjenester rettet mot voksne i deres planverk. Dette gjøres for å få en oversikt over hvor mange kommuner som har logopeder som arbeider med voksne, hvilke forskjellige løsninger kommunene bruker for å skaffe seg logopedtjenester og hvor i kommunen logopedtjenesten blir forankret. Slik informasjon kan gi et bilde av hvordan logopedtjenesten er ivaretatt av de norske kommunene og kan være med å sette ut en kurs for hvordan faget logopedi skal arbeide fremover. Dette er interessant da Logopedlaget flere ganger har søkt om å få autorisasjon som helsepersonell, men fått avslag. Denne informasjonen kan være med å fortelle oss om dagens situasjon fungerer eller om man må forandre på den for å få den til å bli best mulig. Hovedproblemstillingen er 'Hvordan fremkommer kommunens ivaretagelse av logopedtjenester til voksne i de kommunale planene som er tilgjengelige?'. Den underliggende problemstillingen er 'Er logopedtjenesters dualitet synlig i kommunenes tilgjengelige planverk?'. For å svare på problemstillingen og den underliggende problemstilling stilles det en hypotese og to antagelser. Den første antagelsen er om omfanget av logopedtjenestens tilgjengelighet til en viss grad er sammenfallende med tidligere undersøkelser rundt fenomenet ut fra hvilken metodisk tilnærming som blir benyttet. Den andre antagelsen er at logopedtjenestens dualitet kommer frem i kommunenes tilgjengelige planverk. Hypotesen er om kommunens innbyggertall ikke påvirker om kommunen nevner logoped i sine planverk.

## 8.0 Metode

Blandede metoder er sammenslåingen av både kvalitativ og kvantitativ data i en studie. Tashakorri & Creswell (2007) definerer blendede metoder som; «... forskning der forskeren samler og analyserer data, integrerer funnene og drar slutninger ved å bruke både kvantitative og kvalitative tilnærminger eller metoder i en studie ...» (2007, p. 4 egen oversettelse). Denne definisjonen vil jeg legge til grunn for hva blendede metoder vil vise til i denne oppgaven.

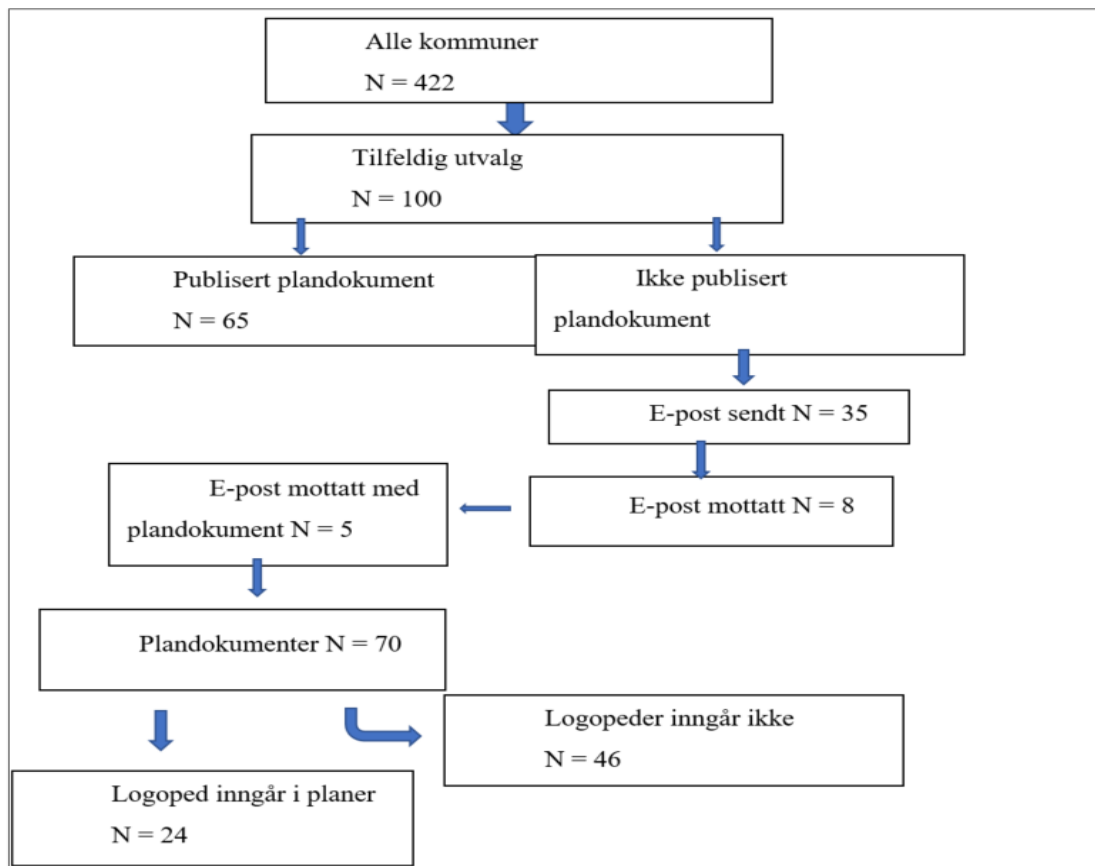
Det å velge blendede metoder for å utføre en studie avhenger av forskningsspørsmålet en stiller. Grunnen til at det er hensiktsmessig å benytte seg av blendede metoder her er fordi; kun en form for datainnsamling ikke er tilstrekkelig og at de utforskende funnene må bli generalisert (Creswell & Plano Clark, 2011). Å benytte seg av blendede metoder har flere fordeler som meta-beslutninger, komplementaritet og en styrket validitet. Meta-beslutninger henviser til en konklusjon som har integrerte slutninger fra både de kvantitative og kvalitative resultatene i en blandet metode-studie. Komplementaritet henviser til at kvalitative og kvantitative metoder utfyller hverandre fordi de består av de to fundamentale elementene i det menneskelige språket, henholdsvis ord og tall. Ved å bruke begge metodene samtidig kan man forhåpentligvis unngå svakhetene som ligger i metodene hver for seg. Styrket validitet bygger på komplementariteten i blendede metoder, det vil si at man som forsker kan ha mer tiltro til resultatenes validitet fordi dataene utfyller hverandre (Polit & Beck, 2017).

Et utforskende sekvensielt design med lik tyngde er metoden jeg velger for å kunne gjennomføre studiet. Denne formen for blandet metode er fordelt i to faser, der fase en handler om å samle inn kvalitativ data om fenomenet og fase to handler om å måle og/eller klassifisere funnene. I mitt tilfelle vil fase to handle om å måle og klassifisere funnene fra fase en. Lik tyngde henviser til at både den kvalitative og kvantitative delen av studiet vil ha lik tyngde gjennom hele prosessen. Integrering av de to metodene er en viktig del av blendede metode studier og kan foregå på flere forskjellige måter. I denne oppgaven vil integreringen foregå i både datainnsamlingen og -analysen, det gjør at man får henholdsvis både en forbindelse og sammenslåing. Forbindelsen vil skje ved at resultatene fra datainnsamlingen i den ene metoden vil påvirke datainnsamlingen i den andre metoden. Sammenslåingen foregår ved at dataanalysen for begge metodene kombineres (Polit & Beck, 2017).

For denne oppgaven sin del vil det si at resultatene fra den kvalitative dataen vil påvirke datainnsamlingen til den kvantitative delen, dette er fordi jeg vil måle det dataene sier i dokumentanalysen. Dette gjør at dataanalysen blir sammenslått da de kvalitative funnene vil bli kvantifisert. Den metoden jeg benytter meg av for å analysere dataene er dokumentanalyse og innholdsanalyse. Dette gjør at mitt forskningsfokus får et historisk aspekt da jeg ser på hva kommunale planer forteller om logopedtjenester (Krumsvik, 2015). Kvalitative tilnæringer forteller oss om de spesielle kjennetegnene ved det studerte fenomenet og er hensiktsmessig blant annet når man skal undersøke fenomener man ønsker å forstå mer utfyllende. I henhold til samfunnsvitenskapelige metoder benyttes ofte dokumentanalyse sammen med en annen eller flere metoder, det vil og foregå i denne oppgaven da jeg vil ha både en dokumentanalyse og et litteraturstudie (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016). Ved å bruke kvantitativ tilnærming kan man kartlegge utbredelsen av et fenomen, denne tilnærmingen henter de fleste av sine prosedyrer fra den naturvitenskapelige metoden, men skiller seg da den tilpasser seg for mennesket og de menneskelige fenomenene som skal studeres (Johannessen et al., 2016).

Datamaterialet mitt består av kvalitative dokumenter fordi det er offentlige dokumenter (Krumsvik, 2015). For å finne frem til datamaterialet jeg trengte, benyttet jeg meg av Google sin søkemotor. Her tastet jeg inn navnet på kommunen, f. eks «Røros kommune», i tillegg tastet jeg inn seks forskjellige ord eller uttrykk; kommuneplan, styringsdokument, helsetjenesten, rehabilitering, logoped, logoped retningslinjer. Dette gjorde at et søk kunne se slik ut «Røros kommunehelsetjenesten». Søkene gjorde at jeg fikk opp forskjellige typer dokumenter fra kommunene. De forskjellige typer dokumenter jeg tok med i analysen min var; kommuners habilitering- og rehabiliteringsdokumenter,

kommuneplan og/eller kommunens samfunnsplan og kommunens helse- og omsorgsplan.



Figur 1 Søkemodell

Alt som kan få konsekvenser for andre mennesker må bedømmes ut fra etiske standarder. En forsker må alltid stille seg spørsmålet om det er etisk forsvarlig å gjennomføre en studie. Etiske hensyn innebærer å tenke over hvordan temaet kan belyses uten at det fører til at enkeltmennesker, grupper av mennesker eller hele samfunn blir utsatt for etisk uforsvarlige konsekvenser. Internettforskning er forskning som både ser på fenomener på nettet og/eller bruker nettet som et redskap i forskningen (Johannessen et al., 2016), for min del er det sistnevnte som gjelder. Denne formen for forskning er underlagt de samme etiske kravene som all annen forskning, men det oppstår spesielle hensyn i henhold til skille mellom offentlig og privat informasjon. Hovedregelen er at all informasjon kan beregnes som offentlig og dermed benyttes til forskningsformål, så lenge man følger forskningsprinsippet om å oppgi hvor informasjonen er hentet fra (Johannessen et al., 2016). Siden min datainnsamling består av databasesøk for å få tak i offentlige dokumenter og undersøkelsen er

en gjennomgang av de offentlige dokumentene, vurderer jeg at jeg ikke bryter noen etiske prinsipper. Jeg har ikke direkte oppgitt hvor jeg har hentet min informasjon fra via koblinger, men har gitt en grundig beskrivelse hvordan jeg har fått tak i mitt datamateriale på. Prosjektet mitt berør heller ikke personopplysninger og det gjør at enkeltpersoner ikke kan identifiseres. Dette gjør at prosjektet ikke er melde-/konsesjonspliktig. Siden prosjektet mitt ikke berør personopplysninger, trengs det heller ingen innhenting av samtykke. Det eneste hinderet er at det ikke var alle kommuner det var treff på. Dette gjorde at jeg måtte sende ut e-post til de kommuner jeg manglet svar fra. Se figur 2, s. 45. E-posten jeg sendte var kun adressert til postmottak i kommunene, men dette gjorde meg allikevel usikker på om det nå var mulig å hente personopplysninger fra e-postene. Innhentingsmetoden min var ikke lenger kun innhenting av kvalitative dokumenter via databasesøk, den nærmet seg en nettbasert spørreundersøkelse. På nettsiden til NSD (2020) står det at en e-postadresse regnes som en identifiserbar opplysning, noe som gjør at denne innhenting ikke kan regnes som anonym da svaret kan føres tilbake til e-postadressen. Siden e-postadressen ikke kunne føres tilbake til enkeltpersoner var ikke prosjektet under lovpålagt rådføringsplikt hos personvernombudet. Derfor søkte jeg RETTE ved UIB og fikk godkjent prosjektet med beskjed om at denne typen prosjekt ikke trengte å søke.

### **8.1 Validitet og reliabilitet**

Siden dette er en blandet metodestudie må jeg trekke frem validiteten innen både kvalitativ- og kvantitativ forskning. Validitet handler om en faktisk har undersøkt det man mente å undersøke innen kvalitativ forskning, mens innen kvantitativ forskning handler det om man har målt det man skulle måle (Krumsvik, 2015). Validitet er ikke noe absolutt, men et kvalitetskrav som kan være tilnærmet oppfylt (Johannessen et al., 2016). Validitet som begrep er delt i to: ekstern- og intern validitet. Ekstern validitet omhandler generaliserbarheten til funnene, mens den interne validiteten knytter seg opp mot konsistensen mellom det man har funnet og det teoretiske rammeverket (Krumsvik, 2015). Når man utfører blandede metodestudier er det større sannsynlighet for at man unngår svakhetene som ligger i både kvalitativ- og kvantitativmetode alene. Som nevnt tidligere har blandede metoder en styrket validitet som bygger på dens komplementaritet (Polit & Beck, 2017). Begrepsvaliditet handler om forholdet mellom fenomenet som skal undersøkes og dataene som samles inn, det man lurer på er rett og slett om dataene er gode nok representasjoner av fenomenet (Johannessen et al., 2016). Fenomenet jeg skal undersøke er 'hvordan logopedtjenester for voksne kommer frem i tilgjengelige kommunale planverk' og

dataen jeg skal hente ut denne informasjonen fra, er offentlige kommunale planverk. Operasjonaliseringen er at dersom logoped er nevnt i de kommunale planverkene blir logopedtjenester for voksne fremstilt i planverket.

Reliabilitet handler om nøyaktigheten av studiets data, hvilke data som brukes, den måten dataen samles inn på og hvordan den bearbeides (Johannessen et al., 2016). Innen kvantitativ forskning handler reliabilitet spesielt om etterprøvbarehet, noe som er vanskelig å få til i kvalitativ forskning. Dette gjør at det å være transparent er viktig, selv om det ikke gjør det mulig for en direkte etterprøvbarehet. Reliabiliteten innen kvalitativ forskning er derfor knyttet opp til pålitelighet, og konsistensen og troverdigheten til forskningsresultatet (Krumsvik, 2015). I min undersøkelse har jeg lagt frem hvilke kommuner jeg har søkt opp og hvilke jeg faktisk fikk treff på og resultatene mine viser gjennomgangen av datamaterialet. Dette gir studiet en etterprøvbarehet. Selv om etterprøvbarehet generelt er vanskelig å få til innen kvalitativ forskning, mener jeg at det skal være mulig i min del av resultatene som er av kvalitativ karakter. Dette begrunner jeg med at jeg kun har gått inn i de dokumenter som har nevnt logoped og sett nærmere på hva de faktisk skriver. Det trengs ikke å gjennomføre en sekundær analyse fordi det er så gjennomiktig.

## 8.2 Utvalg

Populasjonen henviser til alle individer eller objekter som har en felles, definerende karakteristikk. Det er spesielt viktig innen kvantitativ forskning å si hvem populasjonen er for å kunne si hvem eller hva man generaliserer om (Polit & Beck, 2017). For å finne et svar på mitt forskningsspørsmål må populasjonen min bestå av kommunenes planverk, dette gjør at studiets populasjon består av alle kommuner vi har i Norge i 2019. Oversikten over kommunene er hentet fra Statistisk sentralbyrå (2019). For å kunne definere hva som er populasjonen er det greit å ha med inkluderings- og ekskluderingskriterier. Dette gjør det enklere for forskeren å velge et utvalg av populasjonen, samtidig som det øker etterprøvbareheten og styrker studiets konstruksjonsvaliditet (Polit & Beck, 2017). Inkluderingskriterier for at planverket skulle være en del av datamaterialet var at det måtte si noe om helse- og omsorg. Det gjorde at de planverkene som ble med var kommuners habilitering- og rehabiliteringsdokumenter, helse- og omsorgsplaner, generelle kommuneplan og/eller kommunens samfunnsplan. Det ble bare tatt med ett planverk per kommune, dette gjorde at jeg måtte kategorisere planverkene. Habilitering- og rehabiliteringsdokumenter og helse- og omsorgsplaner ble tatt med i stedet for generell kommuneplan og kommunens

samfunnsplan. Kommunens samfunnsplan ble tatt med i stedet for den generelle kommuneplanen. Denne kategoriseringen ble gjort på bakgrunn av at det var større sannsynlighet å finne noe om logopedtjenester til voksne i habilitering- og rehabiliteringsdokumenter og helse- og omsorgsplaner enn i de to andre formene for planer. Kommunens samfunnsdel ble valgt over den generelle kommuneplanen av samme grunn. Ekskluderingskriterium var at hvis planverket ikke dukket opp på første søkeside i Google ble det ikke tatt med. Det var to unntak: det første var at det ble sendt e-post til alle kommunene som ikke hadde tilgjengelige plandokumenter. Se figur 2, s. 45. Det andre var at enkelte søk førte en til en oversiktsside over kommunens planverk. Hvilke dokument som ble valgt her fulgte samme hierarkiske utvelgelse som inkluderingskriteriet.

Da det å gå igjennom alle kommunene i Norge anno 2019 ville vært en for lang prosess med tanke på at dette er en masterundersøkelse, måtte det bli gjort et utvalg av populasjonen. Et utvalg er en prosess der man velger ut en del av populasjonen. Utvalget skal være representativt for populasjonen og bør ha en viss størrelse av betydning i henhold til populasjonsstørrelsen (Polit & Beck, 2017). Siden hovedkriteriet for undersøkelsen var at alle kommuner skulle ha like stor sannsynlighet for å være deltakende, valgte jeg å benytte meg av et enkelt tilfeldig sannsynlighetsutvalg. I et sannsynlighetsutvalg har hele populasjonen lik sannsynlighet for å bli valgt ut (Polit & Beck, 2017). Populasjonen min bestod av 422 kommuner og ved å gi alle kommunene et tall fra 1 til 422 for så å kjøre de igjennom en tilfeldig-nummergenerator, endte jeg til slutt opp med et utvalg bestående av 100 kommuner. Ved å velge et utvalg på denne måten får jeg et ikke-biased utvalg, men jeg mister muligheten for å garantere at utvalget mitt er representativt for populasjonen. Utvalget er kun representativt så lenge hovedkjenntegnene til populasjonen eksisterer i utvalget. Å få et representativt utvalg ved å bruke denne metoden øker jo større utvalget er (Polit & Beck, 2017).

Det er viktig for generaliserbarheten at utvalget er representativt, fordi hver gang det gjøres en prosentmessig utregning basert på utvalget prøver man å si noe om populasjonen i helhet. For å motvirke mangelen av en styrkeanalyse ble utvalget så stort det kunne være og fortsatt være overkommelige med tanke på tidsfaktor og studiens størrelse (Polit & Beck, 2017). Det ble tatt i betraktning at en rekke av kommunene som kunne blitt tatt med ikke vil eksistere på grunn av kommunesammenslåingen. Med alt dette i tankene var det å gå for ca. 1/4 av populasjonen noe jeg tenkte var en god løsning.

Det ble gjennomført systematisk søk via Google hvor det ble funnet 65 kommunale planverk. De resterende 35 kommunene fikk tilsendt e-post med etterspørsel om deres kommunale planverk. Se figur 2, s. 45. Jeg fikk åtte svar på e-posten og av de åtte var fem av dem funn. Dette gjør at fra et utvalg på 100 kommuner ble det funn på 70 av kommunene, som gir meg et reelt utvalg på 70 kommuner.

I en ren kvalitativ undersøkelse ville utvalgets størrelse vært mindre enn den jeg har på grunn av metningsgraden, men siden dette er en blandet metodestudie har jeg valgt å velge utvalgets størrelse basert på en kvantitativ karakter. Siden den kvalitative delen av studiet mitt skal se nærmere på hva de ulike kommunene har skrevet om logopeder i planverkene sine, regnet jeg med at det ikke ville stå i alle planverkene. Jeg tenkte meg til dette basert på bakgrunnskunnskapen min om feltet. Dette har gjort at for den kvalitative delen av undersøkelsen min er det reelle utvalget mitt på kun 24 kommunale planverk. Denne delingen av utvalget var også en av grunnene for at blandede metoder ble valgt.

### **8.3 Statistikk, SPSS og analyse**

Jeg vil benytte meg av deskriptiv statistikk for å best kunne beskrive dataen jeg har samlet. Grunnen er at ved å bruke deskriptiv statistikk er det enkelt å beskrive noe om utvalget (Polit & Beck, 2017). I mine analyser vil jeg benytte meg av krysstabuleringer og kji-kvadrattest. Kryss-tabeller er god å benytte seg av når man har med bivariat deskriptiv statistikk å gjøre (Polit & Beck, 2017). Kryss-tabeller passer bra for mitt datamateriale da jeg behøver å kunne benytte meg av tilfeldige antall kolonner og rader for å kunne kvantifisere resultatene mine. Det vil også gjøre det lettere å se forskjellige variabler opp mot hverandre. Siden jeg skal benytte meg av krysstabulering er det å gjennomføre en kji-kvadrattest å foretrekke da den kan brukes på tabeller med tilfeldig antall rader og kolonner (Aalen, 2018). Ved bruken av kryss-tabeller og å vise resultatene som prosenter vil det bli enklere å se f. eks om kommunestørrelse er en faktor som spiller inn.

For å få en bedre oversikt over hvilke kommuner som nevner logoped eller ikke i sine planverk velger jeg å fordele kommunene opp i tre kategorier etter innbyggertall. Antallet innbyggere i hver gruppe følger SSBs standard for størrelsesgruppering av kommuner (Langørgen, Løkken, & Aaberge, 2015). Små kommuner består av innbyggertall mellom 0 og 4 999, i de mellomstore kommunene vil det være mellom 5 000 og 19 999 innbyggere, mens i de store kommunene vil innbyggertallet være på minst 20 000 (Langørgen et al., 2015). Med denne grupperingen er det 40 små kommuner, 23 mellomstore kommuner og 7 store



kommuner, i alt 70 kommuner. De 30 kommunene der det manglet plandokument fordelte seg slik på kommunestørrelse: 19 småkommuner, 5 mellomstorekommuner og 6 storkommuner.

Jeg har benyttet en innholdsanalyse både for den kvantitative og den kvalitative analysen. En innholdsanalyse består av å etablere kategorier for så å telle hvor mange ganger de forskjellige kategoriene blir nevnt i dokumentet. Ved å gjøre dette kan det gi en indikator på hva som vektlegges i dokumentene (Krumsvik, 2015). Dette er den kvantitative karakteren til innholdsanalyse. De kategoriene jeg benyttet meg av var: logoped, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. Ved å gjøre dette vil det gi meg en indikasjon på hvor vektlagt de forskjellige kategoriene er i dokumentene. Sammen med annen informasjon, som tidligere forskning, kan dette fortelle om en eventuell utvikling innen feltet.

For å få innholdsanalysen til å få en mer kvalitativ karakter utforsker man rundt kategoriene og ser nærmere på egenskapene til det man har funnet (Krumsvik, 2015). Her vil jeg gå inn i de dokumentene som har nevnt logoped for å se hva de faktisk har skrevet. Ved å gå igjennom dokumentene på denne måten vil det være mulig se hvilke løsninger kommunene har benyttet seg av for å få tilgang til logopedtjenester; er det interkommunalt samarbeid eller benytter de seg kun av privatpraktiserende logopeder? Denne dokumentanalysen vil bygge på tallene som er funnet i den kvantitative delen av innholdsanalysen. Den vil også komplimentere de funnene man har fått via de statistiske beregningene.

## 9. Resultater

Resultatene viser at kun 34,29% av det reelle utvalget har nevnt logoped i sine planverk. Kommunens størrelse i innbyggertall påvirker ikke om kommunen har nevnt logoped i sine planverk. Forankringen av logopedtjenester fordelte seg på fire kategorier: utdanningssektoren 37,5%, helse- og omsorgssektoren 37,5%, blanding av begge 20,83% og uvisst 4,17%. At det er diskrepans mellom andelen kommuner som mener de har for dårlig dekning av egne logopedtjenester, 78% (Afasiforbundet, 2017), og andelen av kommuner som faktisk har nevnt det i sine planverk sender et signal om at både bevisstheten og viljen til å finne løsninger rundt dekning av logopedtjenester i de norske kommunene ikke er nært forestående. Dette viser at det fortsatt er et stykke igjen til behovet for logopedtjenester i kommunene er ivaretatt, men med en annen metode og med direkte kontakt med alle kommunene, kunne bildet sett annerledes ut.

## 10. Litteraturliste

- Aalen, O. O. (Ed.) (2018). *Statistiske metoder i medisin og helsefag* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Afasiforbundet. (2017). *Logopedundersøkelsen 2017*. Retrieved from Oslo:
- Barstad, L. H. (2020). Samhandlingsreformen. Retrieved from <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-429/10/>
- 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*(6). doi:10.1002/14651858.CD000425.pub4
- Brandal, W., & Brakstad, A. T. (2017). *På rett sted - til rett tid..... Oppfølging av voksne med afasi etter hjerneslag i lys av samhandlingsreformen - hvordan fungerer det i praksis?*, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2 ed.). California: SAGE Publications, Inc.
- Daniels, S. K. (2006). Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing. *GI Motility online*. doi:doi:10.1038/gimo34
- Ekberg, O., & Johnson, E. (1999). Spise- og svelgevansker: Årsaker, symptomer, undersøkelser og diagnose. In H. Stensvold & L. Utne (Eds.), *Dysfagi* (pp. 46-61). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Engedal, K. (2019). Alderdom. In *Store medisinske leksikon: Store medisinske leksikon*.
- Faiz, K. W. (2020). Parkinsons sykdom. In *Store medisinske leksikon: Store medisinske leksikon*.
- Flipsen, P. J., Bernthal, J. E., & Bankson, N. W. (2013). Classification and Comorbidity in Speech Sound Disorders. In J. E. Bernthal, N. W. Bankson, & F. J. Peter (Eds.), *Articulation and Phonological Disorders: Speech Sound Disorders in Children* (7 ed., pp. 114-143). Amsterdam: Pearson.
- Folkehelseinstituttet. (2019a). Dødsårsaksregisteret. Retrieved from <https://www.fhi.no/nyheter/2019/dodsfall-etter-hjerteinfarkt-og-hjerneslag-er-dramatisk-reduert-siste-ti-a/>
- Folkehelseinstituttet. (2019b). Hjerne- og karregisteret. Retrieved from <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte-og-karsykdom-i-2018/>
- Fonn, M. (2017). Parkinsons sykdom. <https://sykepleien.no/2017/10/dette-bor-du-vite-om-parkinsons-sykdom>
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. London: Wolters Kluwer.
- Hammarberg, B., Södersten, M., & Lindestad, P. (2008). Röststörningar - allmän del. In L. Hartelius, U. Nettelbladt, & B. Hammarberg (Eds.), *Logopedi* (pp. 245 - 262). Lund: Studentlitteratur.
- Helfo. (2019a). Kommunen sitt ansvar for logoped- og audiopedagogtenester. Retrieved from <https://helfo.no/helseaktor/kommuner-og-fylkeskommuner/kommunen-og-logoped-audiopedagogtjenesten/kommunen-sitt-ansvar-for-logoped-og-audiopedagogtenester>
- Helfo. (2019b). Regelverk og takstar for behandling hos privat logoped og audiopedagog. Retrieved from <https://helfo.no/takster/regelverk-og-takstar-for-behandling-hos-privat-logoped-og-audiopedagog#takstar-for-unders%C3%B8king-og-behandling>
- Helland, T. (2012). *Språk og dysleksi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartement. (1997). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog*. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-04-18-329/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-04-18-329/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)
- Helse- og omsorgsdepartement. (2005). *Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste*. (3). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/80b5d874b6b9488e837b369e88e21851/no/pdf/s/nou200520050003000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartement. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid.* (47). Helse- og omsorgsdepartement Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.* (FOR-2011-12-16-1256). Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_1)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)
- Helse Bergen. (2016). Talepraksi. Retrieved from <https://helse-bergen.no/avdelinger/nevroklinikken/logopedtenesta/talepraksi>
- Helse Møre og Romsdal. (2017). Hjerneskade hos voksne. Retrieved from <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/hjerneskade-hos-voksne>
- Helsedirektoratet. (2017a). Hjerneslag: nasjonal faglig retningslinje. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/syn-horsel-og-kommunikasjon>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Rundskriv til ffolketrygdloven § 5-10 - Logoped/Audiopedagog.* Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/folketrygdloven--5-10-logoped-audiopedagog>
- Helsedirektoratet. (2019). *Tiltak for å knytte private logopedtjenester tettere til kommunen.*
- Jensen, H. (2019). *Logopeddekningen i Norges kommuner - Afasiforbundets statusrapport 2019.* Retrieved from Afasiforbundet I Norge: [https://afasi.no/wp-content/uploads/2019/03/2019\\_Juni\\_Afasiforbundet\\_Statusrapport-logoped-Norge-1.pdf](https://afasi.no/wp-content/uploads/2019/03/2019_Juni_Afasiforbundet_Statusrapport-logoped-Norge-1.pdf)
- Johannessen, A., Tuft, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Abstrakt forlag.
- Kalia, L. V., & Lang, A. E. (2015). Parkinsons` disease. *The Lancet*, 386(9996), 16. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61393-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61393-3)
- Krumsvik, R. J. (2015). *Forskningsdesign og kvalitativ metode - ei innføring* (2 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kunnskapsdepartementet. (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa.* Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61#KAPITTEL\\_6](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61#KAPITTEL_6)
- Kunnskapsdepartementet. (2014). *Svar på spørsmål om logopedtjenester.* (08/7490). Retrieved from [https://norsklogopedlag.no/uploads/docs/2014\\_Svar\\_fra\\_KD\\_pa\\_sporsmal\\_om\\_logopedtjenester%20\(L\)\(819336\).pdf](https://norsklogopedlag.no/uploads/docs/2014_Svar_fra_KD_pa_sporsmal_om_logopedtjenester%20(L)(819336).pdf)
- Kunnskapsdepartementet. (2019). *Ansvar til kommunen, fylkeskommunen og staten.* Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/grunnopplaring/artikler/skolesektoren/id434945/>
- Langørgen, A., Løkken, S. A., & Aaberge, R. (2015). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2013.* Oslo: Statistisk sentralbyrå Retrieved from [https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/225199?ts=14ce4c230d0](https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/_attachment/225199?ts=14ce4c230d0)
- Lene, A. (2016). *Statisikk, spesifikke vansker.* Retrieved from <https://dysleksinorge.no/faq/statistikk-spesifikke-vansker/>
- Malt, U. (2020). *Utviklingsforstyrrelse.* In *Store medisinske leksikon.*
- Meisingset, T. W. (2019). *ALS.* *Store medisinske leksikon.* Retrieved from <https://sml.snl.no/ALS>
- Murdoch, B. E. (2014). *Neurogenic Disorders of Speech in Children and Adults.* In N. B. Anderson & G. H. Shames (Eds.), *Human Communication Disorders: An Introduction* (pp. 284 - 317). Harlow: Pearson Education Limited.

- Nordheim, C. (2016). *Rehabilitering av afatikere: en kvalitativ studie av rehabiliteringstilbudet til afatikere på Haugelandet*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Norsk Helseinformatikk. (2018). Hva er dysleksi. Retrieved from <https://nhi.no/familie/barn/dysleksi/?page=all>
- NSD. (2020). Nettbaserte spørreundersøkelser. Retrieved from [https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningsmetoder/nettbaserte\\_sporreundersokelser.html](https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningsmetoder/nettbaserte_sporreundersokelser.html)
- Oraviita, I. K. (2008). *Afasirehabilitering i Norge: kommunale rehabiliteringstilbud til afasirammede. En kvantitativ undersøkelse av de afasirammedes tilgang til logopedisk rehabilitering i hjemkommunen*. (Master), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Pediatriveiledere. (2009). Nevrodegenerative sykdommer. *Helsebiblioteket*.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (Vol. 10). London: Wolters Kluwer.
- Reinvang, I. (1978). *Afasi: språkførstyrrelse etter hjerneskade*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sander, K. (2017). Opplæring. Retrieved from <https://estudie.no/wp-content/uploads/opplaring-p.pdf>
- Statistisksentralbyrå. (2019). Befolkning. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar>
- Stensvold, H., & Utne, L. (Eds.). (1999). *Dysfagi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2007). Editorial: The New Era of Mixed Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 3 - 7. doi:<https://doi.org/10.1177/2345678906293042>
- Utdanningsdirektoratet. (2015). *Rettleiaren Spesialundervisning for vaksne*. Retrieved from <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/voksenopplaring/spesialundervisning-for-voksne/Veilederen-Spesialundervisning-for-voksne/>

## 11. Vedlegg

Til den det angår:

Mitt navn er Espen Hjertholm og jeg er master student ved Universitet i Bergen.

Jeg arbeider med mitt master prosjekt med fokus på kommuneplaner for ivaretagelse av behovet for logopediske tjenester for voksne. Datakildene våre er kommuneplaner og til hvilken grad slike tjenester er berørt i eksisterende kommuneplaner for habilitering, rehabilitering og voksen opplæring. Arbeidsmetoden vår har i hovedsak vært internettsøk, men vi har ved denne tilnærmingen ikke funnet noen planer fra Deres kommune.

Dersom din kommune har formulert slike planer, vil vi sette stor pris på å få oversendt en kopi av disse dokumentene, eller en anvisning/lenke til hvor vi kan finne dem på internett.

Datainnhenting foregår frem til 31.01.2020.

Faglig ansvarlig for undersøkelsen er professor Arve Asbjørnsen ved Institutt for biologisk og medisinsk psykologi. Undersøkelsen er forskriftmessig meldt til personvernombudet ved Universitet i Bergen.

For ytterligere informasjon:

Espen: [Espen.Hjertholm@student.uib.no](mailto:Espen.Hjertholm@student.uib.no)

Professor Arve Asbjørnsen: 55589084

[Arve.Asbjornsen@uib.no](mailto:Arve.Asbjornsen@uib.no)

Med vennlig hilsen

Espen Hjertholm

*Figur 2 E-post sendt til kommuner uten tilgjengelig plandokument*

Artikkel: Hvordan ivaretar kommunene logopedtjenester overfor voksne?

Hvordan ivaretar kommunene logopedtjenester overfor voksne?

Espen Hjertholm

Universitetet i Bergen

Forfatternoter

Masteroppgave, Masterprogram i helsefag, Studieretning for logopedi

Institutt for biologisk og medisinsk psykologi

Det psykologiske fakultet

Vårsemester 2020

### **Abstrakt**

Studiets hensikt er å se hvordan kommunene ivaretar logopedtjenester for voksne ved å gå igjennom deres tilgjengelige planverk og for å se om logopedtjenestens dualitet er synlig. Studiet viser ulike vansker hos voksne en logoped kan arbeide med, for så å legge frem forskning som har undersøkt kommunale logopedtjenester. Relevante punkter fra Wisløff-utvalget og Samhandlingsreformen legges frem. Relevante lover og forskrifter fremvises før logopedyrkets dualitet fremlegges. Studiets metode er blandede metoder med et utforskende sekvensielt design. De kommunale planverkene ble samlet via et systematisk søk for så å gjennomføre en innholds- og dokumentanalyse. Utvalget består av 100 kommuner og deres tilgjengelige planverk med et reelt utvalg på 70 kommuner. Resultatene viser at kun 34,29% av det reelle utvalget har nevnt logoped i sine planverk. Kommunens størrelse i innbyggertall påvirker ikke om kommunen har nevnt logoped i sine planverk. Forankringen av logopedtjenester fordelte seg på fire kategorier: utdanningssektoren 37,5%, helse- og omsorgssektoren 37,5%, blanding av begge 20,83% og uvisst 4,17%. Konklusjon er at kommunenes ivaretagelse av logopedtjenester for voksne i deres tilgjengelige planverk er dårlig, da 65,71% av kommunene ikke har nevnt logoped. Logopedtjenestens dualitet er synlig i de kommunene som har nevnt logoped i sine planverk.

Nøkkelord: Logopedtjenesten, logopedtjenestens dualitet, Samhandlingsreformen, rehabilitering, opplæring, Helse- og omsorgstjenesteloven og Opplæringsloven.



### **Abstract**

The purpose of the article is to see how the Norwegian municipalities takes care of speak therapist services for adults in their available governing documents and to see if speak therapist's duality is visible. The study shows different impairments an adult could have that a speak therapist could work with and then lays forth earlier research on municipalities speak therapist services. Relevant information from both Wisløff-committee and Samhandlingsreformen (Interaction reform) are mentioned before laws and regulations are shown. Then the duality of speak therapists is submitted. The study is a mixed method with an explorative sequential design. Data is collected threw a systematic search before using both a content- and document analysis. The selection consists of 100 municipalities and their available governing documents which shrunk to 70 municipalities. The results show that only 34,29% of the municipalities mentioned speak therapists in their governing documents. The inhabitant size of the municipalities does not affect their mentioning of speak therapists. Municipalities have anchored speak therapist services in four categories: education sector 37,5%, health and care sector 37,5%, a mixture of both 20,83% and unknown 4,17%. The study concludes that the municipalities does not acknowledge the importance of speak therapists' services to an appropriate degree and that the duality is visible in their governing documents.

Keywords: speak therapist services, speak therapist's duality, Samhandlingsreformen, rehabilitation, education, Helse- og omsorgstjenesteloven and Opplæringsloven.

### **Hvordan ivaretar kommuner logopedtjenester overfor voksne?**

Logopeder yter tjenester til mennesker i alle aldersgrupper med en rekke vansker innen språk og tale, kommunikasjon og svelgevansker. Logopedtjenesten kan gis i regi av kommunen og fylkeskommunen, av helseforetak og av privatpraktiserende logopeder finansiert via folketrygden, og kan defineres inn under opplæringslovgivningen og helselovgivningen. Fokuset her vil ligge på logopedtjenester til voksne i regi av kommunen for å kunne svare på hovedproblemstillingen: Hvordan fremkommer kommunenes ivaretagelse av logopedtjenester til voksne i de kommunale planene som er tilgjengelige?

I følge helse- og omsorgstjenesteloven er det kommunens ansvar å gi nødvendig helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Hvis kommunen tilbyr utredning, diagnostisering og behandling og sosial, psykososial og medisinsk re-/habilitering, oppfyller de ansvaret etter § 3-2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Kommunenes plandokument over helse- og omsorgstjenester er et viktig vindu for kommunen å bruke for å vise hvilke behov kommunen dekker, hvem de prioriterer og om de faktisk oppfyller ansvaret de er pålagt via lover og forskrifter. Dette gjør at kommuners plandokumenter er et reelt datamateriale for, i dette tilfelle, å se hvordan kommuner ivaretar logopedtjenester.

Logopedtjenester kan være en del av de nødvendige tjenester som gis i habilitering og rehabilitering. Etter folketrygdloven § 5-10 kan Helfo gi støtte til å dekke logopedutgiftene så lenge logopedtjenestene blir gitt som ledd i behandling eller etterbehandling av sykdom og/eller skade. Logopedtjenester kan være en del av det spesialpedagogiske tilbudet. Dette avhenger av hva enkeltvedtaket om spesialundervisning sier. Etter kapittel 4A, 5 og 13 i opplæringsloven er det kommunen eller fylkeskommunen som er pliktig til å gi spesialundervisning til barn, ungdom og voksne som fyller vilkårene for dette. At logopedtjenester kan både være opplæring og/eller behandling gir lovgivningen rundt en

dualitet som tvinger frem en underliggende problemstilling; er logopedtjenesters dualitet synlig i kommunenes planverk?

Opplæring forstås her som en del av et læringsbegrep som prøver å få i gang en overføring av holdninger, kompetanse og ferdigheter fra en lærer til en annen (Sander, 2017). Rehabilitering forstås som «Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009, p. 62).

### **Ulike vansker voksne kan trenge logopedtjenester for**

Vansker som en logoped kan støte på, kan grupperes inn i utviklingsvansker og ervervede vansker. Utviklingsvansker kjennetegnes ved mangelfull eller forsinket utvikling av ulike funksjoner som knyttes til den biologiske modningen av sentralnervesystemet, forløpet til vanskene er jevne og viser seg fra barndommen (Malt, 2020). Ervervede vansker utspringer fra sykdom og/eller skade som medfører vansker hos et ellers normalt utviklet menneske (Helse Møre og Romsdal, 2017).

Det er sannsynlig at etterspørselen for logoped innen helsevesenet vil øke når eldrebølgen kommer. Grunnen er at behandlingstilbudet har blitt mye bedre de siste årene, noe som har resultert i større sannsynlighet for å overleve en rekke sykdommer. For eksempel har dødeligheten etter hjerneslag sunket med 41% de siste 10 årene, målt fra 2009 til 2018 (Folkehelseinstituttet, 2019a). Dette vil ikke si at antall mennesker som får hjerneslag i Norge har sunket, kun i 2018 var det 13 499 som fikk hjerneslag (Folkehelseinstituttet, 2019b), men den medisinske behandling er bedret og flere mennesker overlever hjerneslag. Med dette har behovet for rehabilitering økt. Vansker man kan få etter hjerneslag er blant annet afasi og dysfagi. Man regner med at en tredjedel av dem som overlever hjerneslag erverver

språkvansker eller afasi (Brady et al., 2016). I tillegg vil pasienter oppleve svelgevansker, eller dysfagi, etter hjerneslag. Dette er også vanlig etter andre former for neurodegenerative sykdommer, som Parkinsons sykdom, ALS og multipel sklerose (Ekberg & Johnson, 1999). Ifølge Daniels (2006) forekommer dysfagi i 65% av tilfellene av hjerneslag og mellom 50-63% av de med Parkinsons sykdom vil få dysfagi.

### **Tidligere undersøkelser om logopedtjenester i kommuner**

Afasiforbundet utførte i 2017 og i 2019 spørreundersøkelser om logopeddekning i norske kommuner (Afasiforbundet, 2017; Jensen, 2019). I 2019 svarte 60,43% av kommunene at de samarbeidet med privatpraktiserende logoped selv om kun 37,29% sa de hadde oversikt over andelen privatpraktiserende logopeder i kommunen. 24,19% benytter seg av interkommunalt samarbeid om rehabilitering. 69,35% av kommunene har tverrfaglig rehabiliteringstjenester, men i kun 8,07% deltar kommunallogoped (Jensen, 2019). Fra undersøkelsen i 2017 til 2019 har logopeddekningen økt fra 29% til 37,29% (Afasiforbundet, 2017; Jensen, 2019).

I 2008 utførte Oraviita en surveyundersøkelse om afasirehabiliteringen i Norge. Undersøkelsen viste at 46% av kommunene hadde kommunalt ansatt afasilogoped, 43% kjøpte tjeneste fra privatpraktiserende, 17% hadde inngått interkommunalt samarbeid mens 10% kjøpte logopedtjenester fra andre kommuner. Kommunene ble delt inn i store, mellomstore og små kommuner. 81% av storkommunene hadde kommunalt ansatt afasilogoped, mens dette gjaldt for 47% av de mellomstore og kun 34% av de små. 25% av de små kommunene benyttet seg av interkommunalt samarbeid, mens 16% av dem kjøpte tjenesten fra andre kommuner. For store og mellomstore kommuner var det 8% og 10% for interkommunalt samarbeid, mens 3% og 4% kjøpte tjenesten fra andre. Det ble utført en kji-  
kvadrattest og på parene store-små og store-mellomstore ble det funnet en statistisk signifikans som viste at det var en sammenheng mellom kommunens innbyggertall og om de hadde ansatt kommunal afasilogoped. Funnet viste at det var en større sannsynlighet at en

stor kommune hadde kommunalt ansatt afasilogoped enn at en mellomstor kommune eller småkommune hadde det (Oraviita, 2008). Forankringen av logopedtjenester varierer mellom kommunene: 71% i utdanningsvirksomhet, 14% i helse- og omsorgstjenesten og 12% i en kombinasjon (Oraviita, 2008). Det de tre overstående undersøkelsene har vist til kan gi en indikasjon på hvordan kommuner ivaretar logopedtjenester til voksne og at logopedtjenestens dualitet er til stede, derimot vet vi ikke hvordan kommunene har løst dette i sine planverk.

Undersøkelsen gjort av Brandal og Brakstad (2017) viser at samhandlingen mellom de regionale helseforetakene og kommunene ikke fungerer når det kommer til informasjonsoverføring fra helseforetakene til kommunenes logopedtjenester for voksne. At informasjonsoverføringen stopper kan ha flere grunner. Det kan skyldes logopeders manglende helseautorisasjon og/eller kommunenes forskjellige forankring av logopedtjenester. Dette kan føre til forsinkelser i oppstarten av logopedhjelp, noe som vil vise seg som et mindre godt pasientforløp. Manglende samhandling er det òg mellom helse- og utdanningssektoren i kommunene. Samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene og innad i kommunene skulle være på plass etter Samhandlingsreformens innførsel for å sikre gode pasientforløp (Brandal & Brakstad, 2017). Undersøkelsen viser til vansker med samhandling som kan være resultatet fra kommunenes forankring av logopedtjenester, dette vet vi ikke hvordan er løst i kommunenes planverk.

Nordheim (2016) sin undersøkelse viser at mange mennesker må dra utenfor sin egen kommune for å få dekket logopedtjenestene de har krav på etter enten Opplæringslovens §4A-2 eller Helse- og omsorgstjenestelovens §1-1. Kommuner uten egen logoped gir dermed et generelt dårligere logopedtilbud enn kommuner med egen logoped. Utvalget viser en stor forskjell i henvisningsrutiner selv om det kun består av 10 kommuner. Det tyder på et tungrodd system som kan skyldes dualiteten som omkranser logopedtjenesten og gjør det interessant å se om den er synlig i kommunenes planverk.

### **Wisløff-utvalget og Samhandlingsreformen**

Wisløff-utvalget ble opprettet for å vurdere og forbedre samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvalget la frem flere områder som var viktig for god samhandling, blant annet; verdigrunnlaget og primærhelsetjenesten er helsetjenestens fundament. Verdigrunnlaget skal bygge på et helhetlig menneskesyn, for helsetjenesten vil det si at de må samhandle for å gi pasientene et helhetlig pasientforløp. For at primærhelsetjenesten skulle bli helsetjenestens fundament ville utvalget forankre den i kommunene. Utvalget mente dette ville gi et helhetlig behandlingsløp med mer omsorg, nærhet og tilgjengelighet for befolkningen (Helse- og omsorgsdepartement, 2005). Med de to punktene åpner utvalget opp for at helsevesenet må bringe inn flere faggrupper og gjøre samhandlingen på tvers av ulike sektorer enklere. Dette kan føre til bedre helsetjeneste og helhetlige pasientforløp. Derimot vet vi ikke om dette har hatt en innvirkning på kommunenes forankring av logopedtjenester og om det er synlig i deres planverk.

Utvalget la frem flere hovedtiltak som skulle styrke samhandlingen: støtte samhandling mellom tjenesteyterne og helsesektorens rammebetingelser. For å løse det første hovedtiltaket ville utvalget styrke rehabiliteringstjenesten via at kommuner og helseforetak skulle samarbeide om å danne felles kriterier for planlegging og bruk av rehabiliteringstilbudene (Helse- og omsorgsdepartement, 2005). Tiltaket vil forenkle samhandlingsprosessen mellom kommunene og helseforetakene. For å løse det andre hovedtiltaket ville utvalget gjøre kommunene økonomisk ansvarlig for at hver kommune skal gi et godt og samlet helsetjenestetilbud til befolkningen. Utvalget ville også innføre et system som støtter kommunene som bestiller av tjenester (Helse- og omsorgsdepartement, 2005). En slik form for ansvarliggjørelse av kommunene vil ha betydning for dualiteten rundt logopedtjenesten. Grunnen er tjenestens finansieringsmodell; er det opplæring står kommunen økonomisk ansvarlig jf. Opplæringsloven § 13-1 (Kunnskapsdepartementet,

1998), men hvis det er rehabilitering står staten ved Helfo økonomisk ansvarlig, så lenge det ikke kan dekkes via annen lovgivning (Helfo, 2019d). Slik finansieringen er i dag kan enkelte kommuner spare penger på å ikke utøve logopedtjenester utover det som klassifiseres som opplæring. Hvis kommunen blir ansvarliggjort kan det føre til både bedre samhandling og raskere oppstartstid for behandling som krever logopedtjenester. Vi vet ikke hvordan dette er løst i kommunenes planverk.

Samhandlingsreformen skulle føre til bedre samhandling gjennom å løse tre hovedutfordringer: behovet pasientene har for koordinerte tjenester blir ikke besvart godt nok, det er liten innsats fra tjenestene sin side å begrense og forebygge sykdom, samfunnets økonomiske bæreevne vil kunne bli truet på grunn av utfordringene man får fra den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet. Reformens løsningsstrategi hadde grunnlag i både et pasient- og samfunnsøkonomisk perspektiv. Løsningsstrategiens hovedgrep er: klarere pasientroller, ny fremtidig kommunerolle, etablering av økonomiske intensiver og utvikling av spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). En klarere pasientrolle krever at man forkaster det søyleformede systemet og går til et system som gjør samhandling enklere mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, dette kan gjøre pasientforløpene helhetlige. Kommunenes nye rolle innen helse og omsorg skulle føre til et helhetlig pasientforløp innen beste effektive omsorgsnivå. Kommunene ble anbefalt å samarbeide for å dekke alle sykdomsgrupper i befolkningen, på den måten sikrer kommunene at ressurser og kompetanse utnyttes. De økonomiske insentivene skulle gjøre det mulig for kommunene å organisere og tilrettelegge helse- og omsorgstjenester på et billig og effektivt omsorgsnivå. Insentivet er at kommunene får midler fra staten til å betale for spesialisthelsetjenestens utskrivningsklarepasienter. Kommunene kan beholde midlene hvis de organiserer et billigere tilbud. Spesialisthelsetjenestens nye rolle gjør tjenesten mer spesialisert, men krever at tjenesten må innse at de inngår i et helhetlig pasientforløp som

inkluderer kommunehelsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Hvordan Samhandlingsreformens tiltak har vist seg i kommunenes planverk vites ikke.

### **Lover, forskrifter og logopedtjenestens dualitet**

Helse- og omsorgstjenesteloven gjelder for de helse- og omsorgstjenester som tilbys og utføres av kommunen, jf. §1-2. Lovens formål er å sikre at den enkelte borger får muligheten til å ha en aktiv og meningsfylt hverdag i et fellesskap gjennom å mestre lidelser, skader, nedsatte funksjonsevner og sykdommer ved å forebygge, behandle og tilrettelegge, jf. §1-1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Kommunenes ulike deltjenester skal kunne samhandle seg imellom og med andre tjenesteytere så lenge det er nødvendig for å tilby tjenester som omfattes av loven, dette er kommunens ansvar å se til, jf. §3-4 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Stønad blir gitt for å dekke logopedutgifter så lenge det er en del av rehabilitering eller behandling og støtten ikke gis etter andre lover (Helse- og omsorgsdepartement, 1997).

Regnes logopedtjenesten som opplæring er det kommunen som står ansvarlig for å gi et tilbud og det er ikke ansett for å være en legitim begrunnelse for henvisning til Helfo at kommunen ikke har logopedtjenester (Helfo, 2019a), da det er brukerens spesifikke behov som skal være utgangspunktet for ansvarsfordelingen. For pasienter over 18 år er det innført unntak fra kravet om forhåndstilsagn, men pasienten må fortsatt ha henvisning fra lege og uttalelse fra spesialist. Kravet om vedtak om avslag fra kommunen før Helfo kan gi støtte er fjernet (Helsedirektoratet, 2017b).

Formålsparagrafen til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator påpeker at de tjenester som tilbys skal fremstå helhetlige for både pasient og bruker og skal utøves ut fra et pasient- og brukerperspektiv, samt være tverrfaglig, samordnet og planmessig (Helse- og omsorgsdepartement, 2011). Kapittel 2 påpeker at re-



/habiliteringens mål er at pasient og bruker skal kunne få mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i både utdanning, arbeid, sosialt og ellers i samfunnet. Dette gjelder så lenge pasient og bruker har eller står i fare for å miste eller få begrensninger i sine fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjoner, jf. §3 (Helse- og omsorgsdepartement, 2011). §5 i kapittel 3 stadfester at det er kommunens ansvar at alle deres innbyggere får den nødvendige utredningen og oppfølgingen innen re-/habilitering og at kommunenes tjenester innen helse og omsorg skal samles i et tverrfaglig re-/habiliteringstilbud som ved behov skal samarbeide med andre etater (Helse- og omsorgsdepartement, 2011).

Logopedtjenester reguleres gjennom flere lovgivninger, blant annet opplæringsloven og helselovgivningen. Dette fører med seg en dualitet som gjør at logopedtjenester kan anses som både rehabilitering og behandling samtidig som det kan være opplæring og habilitering, til og med overfor en og samme person (Kunnskapsdepartementet, 2014). Logopedtjenester gitt i akutfase faller automatisk utenfor opplæring og skal anses som behandling (Kunnskapsdepartementet, 2014). Hvis logopedtjenester skal dekke et behov som på noen måte kan knyttes opp til behandling, rehabilitering eller lignende, faller det utenfor opplæringslovens rammer (Utdanningsdirektoratet, 2015). Spesialundervisning kan, så lenge det er innenfor opplæringslovens formålsparagraf og aktiviteten går frem av et enkeltvedtak, avvike veldig fra læreplanen. Dette fører til at det ikke er typen aktivitet som avgjør om logopedtjenesten er opplæring eller behandling (Utdanningsdirektoratet, 2015) og heller ikke årsaken til behovet for opplæring eller rehabilitering. Hva som i praksis bestemmer om logopedtjenesten skal være opplæring eller rehabilitering er kommunenes tolkning av lovene. Dualiteten er generelt synlig i alt som omhandler logopedtjenester, men hvordan dette er håndtert i kommunenes planverk vet vi ikke.

### **Forskningsspørsmål og hypoteser**

Det primære forskningsspørsmålet mitt er 'Hvordan fremkommer kommunenes ivaretagelse av logopedtjenester til voksne i de kommunale planene som er tilgjengelige?' med en underproblemstilling som lyder 'er logopedtjenesters dualitet synlig i kommunenes tilgjengelige planverk?'. For å kunne svare på dette må en hypotese og flere antagelser besvares.

Den første antagelsen bygger på Oraviita (2008), Afasiforbundet (2017) og Jensen (2019) sine undersøkelser. De tre har forskjellige inngangsspørsmål: Oraviita (2008) spør om kommunene hadde kommunalt ansatt afasilogoped, Afasiforbundet (2017) spør om kommunene har et offentlig tilbud til voksne personer med behov for logopedoppfølging og Jensen (2019) spør om kommuner har logoped som yter behandling til voksne.

Undersøkelsene deres er spørreundersøkelser og ser ikke på kommunenes planverk, men jeg mener de undersøker det samme fenomenet som meg: adgang til logopedtjenester for voksne i kommunene. At det samme fenomenet undersøkes, men via forskjellige metoder bør gi et omfang som til en viss grad er sammenfallende. Dersom deres resultater stemmer og det reflekteres i kommunenes planverk, forventes det å se at omfanget til en viss grad, sammenfaller med antall kommuner som nevner logoped i sine planverk.

Helse- og omsorgsdepartement (2008-2009) mener at det er offentlighetens ansvar å tilby likeverdig helse- og omsorgstjenester uavhengig av hvor man bor, ens sosioøkonomiske status og etnisitet. Oraviita (2008) sin undersøkelse viste forskjellene mellom tilgangen til kommunale logopedtjenester i store, mellomstore og små kommuner. Dersom dette stemmer og det reflekteres i kommunenes planer, er det å forvente at kommunens størrelse ikke påvirker om kommunen har nevnt logoped i sine planverk. Ordet størrelse vil her vise til kommunens innbyggertall.

Samhandlingsreformen ble implementert gradvis fra 2012, men reformen var kjent fra 2009. Wisløff-utvalget kom med innspill til hva reformen burde arbeide med i 2003. Noen av tiltakene for å styrke samhandlingen var en ny kommunerolle og å forankre primærhelsetjenesten i kommunen. Dette skulle blant annet bidra til bedre samhandling mellom de ulike aktørene. Logopedtjenesten har en lovmessig dualitet over seg ved at den både kan regnes som opplæring og behandling. Hvordan tjenesten blir organisert får blant annet konsekvenser for hvem som står økonomisk ansvarlig. Hvordan den skal organiseres er vanskelig å bestemme, da logopedtjenesten kan være en del av retten til spesialundervisning på grunn av enkeltvedtak eller den kan være en del av nødvendige tjenester som gis ved rehabilitering. Nordheim (2016) sin undersøkelse viser hvordan logopedtjenestens dualitet påvirker kommunenes ivaretagelse av logopedtjenester overfor voksne. Brandal og Brakstad (2017) sin undersøkelse avdekket et manglende samarbeid mellom de ulike aktørene. Den viser at visse tiltak som Samhandlingsreformen skulle bidra til enda ikke er på plass. Antagelsen min er at man vil se logopedtjenestens dualitet komme frem i kommunenes planverk.

### **Metode**

Det primære forskningsspørsmålet mitt er hvordan kommunenes ivaretagelse av logopedtjenester til voksne fremkommer i de tilgjengelige kommunale planene som er relatert til behov for slike tjenester. Med det ønsker jeg å se på hvor mange kommuner som nevner logoped og hva de kommunale planene forteller om logopedtjenester til voksne. Forskningsspørsmålet er operasjonalisert ved at hvis logoped nevnes i et kommunalt planverk kan det omhandle logopedtjenester for voksne. Metoden er blandede metoder med et utforskende sekvensielt design med lik tyngde. Dette gjør jeg for at jeg vil generalisere de utforskende funnene og fordi en form for datainnsamling ikke vil være nok (Creswell & Plano Clark, 2011). At undersøkelsen har lik tyngde henviser til at funnene fra både den

kvantitative og kvalitative delen vil bli vekt lagt like mye (Polit & Beck, 2017). Via et systematisk søk på Google skrev jeg inn kommunenavnet pluss et søkeord for å samle inn data. Ordene som ble brukt i søket var: kommuneplan, kommune styringsdokument, kommunehelsetjenesten, kommune rehabilitering, kommune logoped og kommune logoped retningslinjer. Både søket 'kommune logoped' og 'kommune logoped retningslinjer' vil innbefatte logopeder i stillinger etter Opplæringsloven. Det ble ikke søkt på 'voksenopplæring' da jeg mente at de mest generelle søkene etter logoped og kommune burde dekket det. De kommunene uten tilgjengelig plandokument ble tilsendt e-post med etterspørsel om plandokument. Innholdsanalysen ble gjennomført ved å søke opp kategorien 'logoped' i alle dokumentene, dette vil gi en indikasjon om hva som vektlegges i dokumentene (Krumsvik, 2015). Alle kommunene ble gruppert etter innbyggertall, grupperingen følger SSBs standard for størrelsesgruppering av kommuner (Langørgen et al., 2015).

### **Utvalg**

Populasjonen min vil bestå av alle kommuner i Norge anno 2019, det vil si 422 kommuner, og deres tilgjengelige planverk. Oversikten av kommuner er hentet fra Statistisk sentralbyrå (Statistisksentralbyrå, 2019). Hovedkriteriet for undersøkelser var at alle kommuner skulle ha like stor sannsynlighet for å være med. Utvalgsstrategien var et enkelt tilfeldig sannsynlighets utvalg der jeg benyttet meg av et program for å generere tilfeldige nummersekvenser for å velge ut 100 kommuner. Det videre inkluderingskriteriet for de 100 kommunene var at de måtte ha et tilgjengelig planverk. Andre inkluderings- og ekskluderingskriterier ble benyttet på utvalget av kommunale planverk og blir beskrevet under.

### **Søkeprosedyre**

Inkluderingskriteriet var at planverket måtte si noe om helse og omsorg. Det gjorde at 'habilitering- og rehabiliteringsdokumenter', 'helse- og omsorgsplaner', 'generell

kommuneplan´ og ´kommunens samfunnsplan´ var godkjente planverk, men de måtte kategoriserer hierarkisk da jeg kun tar med et planverk per kommune. Både ´habilitering- og rehabiliteringsdokumenter´ og ´helse- og omsorgsplaner´ ble plassert over de to andre og ble vektet likt. Dette gjorde at hvis det stod mellom de to typene for planverk ble det brukt førstemann-til-møllen prinsippet. ´Kommunens samfunnsplan´ ble valgt foran den generelle kommuneplanen. Kategoriseringen baserer seg på antagelsen om hvor det er størst sannsynlighet å finne noe om logopedtjenester til voksne. Ekskluderingskriteriet var at om planverket ikke dukket opp på første søkeside i Google ble det ikke tatt med. Det var to unntak: det første var at det ble sendt e-post til alle kommunene som ikke hadde tilgjengelige plandokumenter. Det andre var at enkelte søk førte en til en oversiktsside over kommunens planverk. Hvilke dokument som ble valgt her fulgte samme hierarkiske utvelgelse som inkluderingskriteriet. Bruken av inkluderings- og ekskluderingskriterier øker undersøkelsens etterprøvnbarhet og konstruksjonsvaliditeten styrkes (Polit & Beck, 2017). Etterprøvnbarhet er vanskelig å få til når man gjør kvalitativ forskning og derfor prøver man å gjøre forskningen sin så transparent som mulig (Krumsvik, 2015). Derfor la jeg frem hvordan jeg søkte opp kommuner, hvilke kommuner jeg fikk treff på, hvilke planverk jeg valgte og hvilke av planverkene som ble en del av dokumentanalysen etter innholdsanalysen. Ved å gjøre undersøkelsen så gjennomsiktig som mulig trengtes det ikke å gjennomføre en sekundæranalyse.

Figur 1 inn her.

### **Statistisk bearbeiding**

Krysstabulering og kji-kvadrattest er de statistiske verktøyene som velges for å legge frem undersøkelsens bivariat deskriptive statistikk. Resultatene fra innholdsanalysen påvirker mengde data som trengs å gjennomgå i dokumentanalysen, dette skaper en forbindelse mellom metodene (Polit & Beck, 2017). Dokumentanalysen gjennomføres for å se nærmere

på egenskapene rundt funnet (Krumsvik, 2015). Det ble gjennomført krysstabulering og kji-kvadrattest med en signifikans nivå på  $\alpha = 0,05$  for å se om det var en sammenheng mellom kommunestørrelse og om de hadde nevnt logoped i planverkene.

### **Resultater**

De grunnleggende funnene var at av de 100 kommunene var det 70 kommuner med tilgjengelige plandokumenter. Av disse 70 kommunenes plandokumenter var 16 helse- og omsorgsplaner, 21 re-/habiliteringsdokumenter, seks rehabiliteringsdokumenter, 24 kommuneplan samfunnsdel, to kommuneplan og en utredningsplan.

Tabell 1 inn her.

Av de 70 plandokumentene har 24 nevnt logoped. De 24 fordelte seg på tre helse- og omsorgsplaner, 15 re-/habiliteringsdokumenter, fem rehabiliteringsdokumenter og en kommuneplan samfunnsdel fordelt på fem store, seks mellomstore og 13 små kommuner. De fem store kommunene bestod av en helse- og omsorgsplan, tre re-/habiliteringsdokumenter og et rehabiliteringsdokument. De seks mellomstore kommunene bestod av en helse- og omsorgsplan, fire re-/habiliteringsdokumenter og et rehabiliteringsdokument. De 13 små kommunene bestod av en helse- og omsorgsplan, åtte re-/habiliteringsdokumenter, tre rehabiliteringsdokumenter og en kommuneplan samfunnsdel.

Tabell 2 inn her.

Kommunene ble delt inn i størrelsesorden etter innbyggertall; store, mellomstore og små. Av de 100 kommunene som utgjør hele utvalget var 13 store, 28 mellomstore og 59 små. Av de 70 kommunene som utgjør mitt reelle utvalg var syv store, 23 mellomstore og 40 små. Av de 24 som nevnte logoped i sine plandokumenter var 13 små kommuner, seks mellomstore kommuner og fem store kommuner. De småkommunene representerer 54,17%

av kommunene som nevnte logoped i sine plandokumenter, mellomstore kommuner står for 25% mens store kommuner står for 20,84%.

Hypotesen og antagelsene jeg vil undersøke er en del av svaret på undersøkelsens forskningsspørsmål 'Hvordan fremkommer kommunenes ivaretagelse av logopedtjenester til voksne i de kommunale planene som er tilgjengelige?'. Den første antagelsen jeg vil undersøke er om omfanget av logopedtjenestens tilgjengelighet til en viss grad er sammenfallende med tidligere undersøkelser rundt fenomenet ut fra hvilken metodisk tilnærming som blir benyttet. Basert på forskjellen i de metodiske tilnærmingene antar jeg at omfanget til en viss grad er sammenfallende. Av de 70 kommunene som ble mitt reelle utvalg hadde 24 av dem nevnt logoped, mens 46 ikke hadde nevnt logoped. Dette vil si at kun 34,29% av kommunene i mitt utvalg har nevnt logoped i sine planverk.

Hypotesen er om kommunens innbyggertall påvirker ikke om kommunen nevner logoped i sine plandokumenter. Totalt var det 13 store kommuner, 28 mellomstore kommuner og 59 små kommuner. Syv av de store kommunene hadde tilgjengelige plandokumenter og fem nevnte logoped. 23 av de mellomstore kommunene hadde tilgjengelige plandokumenter og seks av dem nevnte logoped. 40 av de små kommunene hadde tilgjengelige plandokumenter og 13 av dem nevnte logoped. For store kommuner var det 38,46% av dem som hadde tilgjengelige plandokumenter der logoped ble nevnt, for mellomstore kommuner var det 21,43% og for små kommuner var det 22,03%. Av de 24 kommunene som nevnte logoped i sine plandokumenter var 20,83% store kommuner, 25% var mellomstore kommuner og 54,17% av dem var små kommuner. Paret Store vs. Små viser ikke statistisk signifikans,  $X^2(1, N 47) = 3,82, p = 0,05$ . Paret Store vs. Mellomstore viser en statistisk signifikans,  $X^2(1, N 30) = 4,75, p = 0,02$ . Paret Mellomstore vs. Små viser ikke en statistisk signifikans,  $X^2(2, N 63) = 0,28, p = 0,59$ . For alle variablene viser det ikke en statistisk signifikans,  $X^2(2, N = 70) = 5,02, p = 0,08$ .

Tabell 3 inn her.

Antagelsen er at logopedtjenestens dualitet kommer frem i kommunenes tilgjengelige planverk. Denne antagelsen er med å svare på den underliggende problemstillingen 'er logopedtjenesters dualitet synlig i kommunenes tilgjengelige planverk?'. De 24 kommunene som har nevnt logoped har anskaffet seg logopedtjenester på forskjellige måter: fire via privatpraktiserende logopeder, tre via interkommunalt samarbeid, åtte har ansatt egne logopeder og ni er uvisst. Prosentmessig fordeler det seg slik: 16,6% privatpraktiserende, 12,5% interkommunalt samarbeid, 33,33% kommunalt ansatt og 37,5% uvisst. Av de 13 småkommunene benytter tre privatpraktiserende logoped, tre interkommunalt samarbeid, fire kommunalt ansatte logopeder og tre er uvisst. Av de seks mellomstore kommunene benytter en privatpraktiserende logoped og fem er uvisst. Av de fem store kommunene benytter fire kommunalt ansatte logopeder og en er uvisst.

Forankringen av logopedtjenesten i de 24 kommunene som har nevnt logoped fordeler seg slik: ni kommuner forankrer tjenesten i utdanningssektoren, ni i helse- og omsorgssektoren, fem i begge og en er uvisst. Prosentmessig fordeler forankringen seg slik: 37,5% i både utdanningssektoren og helse- og omsorgssektoren, 20,83% i begge og 4,17% er uvisst. Av de 13 små kommunene er fire forankret i utdanningssektoren, seks i helse- og omsorgssektoren og tre i begge. Av de seks mellomstore kommunene er to forankret i utdanningssektoren, to i helse- og omsorgssektoren, en i begge og en er uvisst. Av de fem store kommunene er tre forankret i utdanningssektoren, en i helse- og omsorgssektoren og en i begge.

### **Diskusjon**

Basert på forskningsspørsmålet og undersøkelsene til Oraviita (2008), Afasiforbundet (2017) og Jensen (2019) dannes antagelsen om at omfanget av logopedtjenestens tilgjengelighet til



en viss grad er sammenfallende selv om undersøkelsene har forskjellige metodiske tilnærminger. Alle de tre foregående studiene er spørreundersøkelser med ulikt utvalg av kommuner, men de omhandler det samme fenomenet jeg vil undersøke: adgang til logopedtjenester for voksne i kommunene. Undersøkelsen gjort av Jensen (2019) er en todelt spørreundersøkelse sendt til både kommuner og praktiserende logopeder. 65 kommuner og 280 logopeder svarte. Jeg har, så langt det lar seg gjøre, tatt utgangspunkt i de svarene som kommer fra kommunene. Ved utførelsen av spørreskjemaer må man være klar over at respondentene kan tolke spørsmålene annerledes og at respondentene har mulighet for å svare når det stilles spørsmål som krever kunnskap. Spørreskjemaer sendt via e-post gir ikke forskeren mulighet til å oppklare uklarheter og respondentene kan være mindre skjerpet og oppmerksomme overfor spørsmålene som blir stilt (Johannessen et al., 2016). Et annet problem ved spørreundersøkelser er at de sjeldent graver dypt nok og man står i fare for å få overfladiske svar (Polit & Beck, 2017). Ved å sende spørreundersøkelsen via e-post til kommunene for å be de om å sende spørreundersøkelsen videre til de personer i kommunen som kan svare, er det mulig at spørreundersøkelsen ender opp hos en kommunalt ansatt som ikke har den kjennskapen til fenomenet som kreves for å svare. Afasiforbundet (2017) sin undersøkelse var også en spørreundersøkelse, men ulikt Jensen (2019) sin undersøkelse delte den ikke eksplisitt opp svarene sine fra enten kommunen eller praktiserende logopeder. Her har jeg også prøvd å ta med svarene som stammer fra kommunene så godt det lar seg gjøre. Undersøkelsens utvalg bestod av kommunale og privatpraktiserende logopeder, samt ansatte i kommunenes servicetorg fordelt på 38 kommuner. Den påpeker også at det var vanskelig å finne frem til personer som kunne si noe om kommunenes logopedtilbud for voksne. Dette kan bety at funnene fra undersøkelsene ikke viser omfanget av logopedtjenestene i kommunene riktig. Oraviita (2008) sin undersøkelse baserte seg på svar fra 230 forskjellige kommuner. Spørreundersøkelsen ble ikke sendt til navngitte personer, men som de to

foregående undersøkelserne til e-post mottak ved kommunene. For alle de tre undersøkelserne er en spørreundersøkelse et godt verktøy for å få tak i mye informasjon fra en bred populasjon som er mulig å sammenligne, men metoden gir ikke mulighet for å gå i dybden for å få frem detaljert informasjon. For min egen undersøkelse ble det gjennomført en dokument- og innholdsanalyse av kommunenes tilgjengelige plandokumenter. Denne metodiske tilnærmingen gir muligheten til å gå i dybden for å få frem detaljert informasjon rundt funnene. Det gir en tilgang til å se hva kommunene selv faktisk har skrevet om logopedtjenester og hvordan ivaretagelsen av logopedtjenesten overfor voksne er rundt om i kommunene. Det gjør at man unngår svar fra personer som ikke nødvendigvis har kompetansen til å svare på spørsmålene rundt fenomenet, men man kan ende opp med å ikke finne de rette dokumentene. Forskjellene i de metodiske tilnærmingene betyr ikke at man har prøvd å kartlegge forskjellige fenomener, men heller at det er forskjellige metoder benyttet for å kartlegge det samme fenomenet. Omfanget de tidligere undersøkelserne har funnet og mine egne resultater bør, selv med de metodiske forskjellene, til en viss grad samsvare. Mine egne resultater viser til at antallet kommuner som nevner logopedtjenester overfor voksne i sine plandokumenter er 34,29%. Jensen (2019) sin undersøkelse viser til at antallet kommuner med logoped som yter tjenester til voksne er 37,29%. Afasiforbundet (2017) sin undersøkelse viser til at antallet kommuner med offentlige tilbud til voksne med behov for logoped er 29%. Oraviita (2008) sin undersøkelse viser til at 46% av kommunene har kommunalt ansatt afasilogoped.

Tabell 4 inn her.

Resultatene fra min egen undersøkelse og Jensen (2019) sin undersøkelse er til en viss grad sammenfallende, mens resultatene fra både Afasiforbundet (2017) og Oraviita (2008) ikke sammenfaller med mine egne resultater. At det er de to undersøkelserne med størst forskjell i utvalg, 38 (Afasiforbundet, 2017) og 230 (Oraviita, 2008), fra mitt eget utvalg på

70, kan være med å forklare at resultatene ikke er sammenfallende. At Jensen (2019) sitt utvalg består av 65 kommuner kan være med å forklare at resultatene til en viss grad er sammenfallende. Det at inngangsspørsmålet til fenomenet er forskjellige kan også være med å forklare det: Oraviita (2008) sin undersøkelse spurte om kommunen hadde kommunalt ansatt afaologoped, Afasiforbundet (2017) sin undersøkelse spurte om kommunene hadde et offentlig tilbud til voksne personer med behov for logopedoppfølging, Jensen (2019) sin undersøkelse spurte om kommunen har logoped som yter behandling til voksne, mens min egen undersøkelse spør om hvor mange kommuner som nevner logopedtjenester i sine plandokumenter. Alt dette gjør at antagelsen kan forkastes da mine resultater til en viss grad ikke sammenfaller med alle de tidligere undersøkelsene.

Hypotesen er om kommunens størrelse ikke påvirker om kommunen nevner logoped i sine planverk. Ved innføringen av Samhandlingsreformen ble det påpekt at det er offentlighetens ansvar å tilby likeverdig helse- og omsorgstjenester uavhengig av hvor man bor, ens sosioøkonomiske status og etnisitet (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Helse- og omsorgstjenesteloven påpeker at det er kommunens ansvar å se til at innbyggerne får en mulighet til å ha en aktiv og meningsfylt hverdag ved å forebygge, behandle og tilrettelegge for blant annet nedsatte funksjonsevner og sykdommer. Kommunen skal også påse at dens ulike deltjenester samhandler seg imellom og med andre nødvendige tjenesteytere for å tilby slike tjenester, §§1-2 og 3-4 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). For personer som har eller får sykdommer og/eller vansker som kan behjelpes via en logoped er det viktig at uansett hvilken kommune de personene bor i, har tenkt igjennom hvordan de skal tilby logopedtjenester. Dette gjelder uansett kommunens størrelse. Mitt reelle utvalg bestod av 70 planverk fordelt på 40 små kommuner, 23 mellomstore kommuner og syv store kommuner. Logoped ble kun nevnt i til sammen 24 planverk, som bestod av 13 små kommuner, seks mellomstore kommuner og fem store kommuner. For små kommuner vil

dette si at 32,5% har nevnt logoped i sine planverk mens de utgjør totalt 54,17% av kommunene som har nevnt logoped i sine planverk. Det er 26,08% av de mellomstore kommunene som har nevnt logoped i sine planverk, men de utgjør 25% av totalen som har nevnt logoped i sine planverk. 71,42% av de store kommunene har nevnt logoped i sine planverk, men totalt utgjør de 20,83% av alle kommunene som har nevnt logoped i sine planverk. Resultatene ser ut til å antyde at det er minst sannsynlighet for at en mellomstor kommune har nevnt logoped i sine planverk, selv om de utgjør en større andel av de 24 kommunene som har nevnt logoped i sine planverk enn store kommuner. Ved utførelsen av kji-kvadrattest ble kommunestørrelsene delt inn i par: Store vs. Små, Store vs. Mellomstore og Mellomstore vs. Små. Det ble også utført en kji-kvadrattest på alle variablene samlet. Kun paret Store vs. Mellomstore viste en statistisk signifikans.  $H_0$  kan dermed forkastes. Det gjør at hypotesen kan bekreftes, kommunens størrelse påvirker ikke om kommunen har nevnt logoped. Resultatene mine differensierer fra Oraviita (2008) sin undersøkelse som viste at kommunens størrelse korrelerte med om kommunen hadde ansatt kommunale afaologopeder og at det var større sannsynlighet for at en stor kommune hadde kommunalt ansatt afaologoped. Dette kan tyde på at kommunene generelt har blitt mer målrettet i henhold til sitt ansvar jf. §§ 1-2 og 3-4 i Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Kommunens nye rolle innen helse- og omsorgssektoren var et av tiltakene Samhandlingsreformen kom med for å forbedre samhandlingen mellom ulike aktører og instanser innen sektoren (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Ved dette ønsket reformen at kommunene skulle tilrettelegge for at pasientforløpene forble uavbrutte. Dette kan ha skjedd for andre deler av helse- og omsorgssektoren, men slik ser det ikke ut til at det har gått for den kommunale logopedtjenesten overfor voksne, skal vi tro Brandal og Brakstad (2017) sitt funn angående informasjonsoverføring mellom helseforetakene og kommunenes

logopedtjenester. Kan dette skyldes logopedtjenestens dualitet? Ved at logopedtjenesten enten kan være en del av et spesialpedagogisk vedtak der arbeidet knyttes til utdanning og opplæring eller være en del av behandlingen og rehabiliteringen for en pasient som, f. eks har fått afasi og dysfagi etter et hjerneslag, har logopedtjenesten en dualitet. Denne dualiteten er også til stede i de lovmessige forskriftene logopedtjenesten må følge, som opplæringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Dette er ikke en dualitet som er lett å skille, selv om det virker som om det skal være mulig, for arbeidet og tiltakene en logoped gjør kan være det samme for en elev eller pasient. Arbeidet en logoped utfører skiller ikke engang godt nok på om logopeden skal følge opplæringsloven eller helse- og omsorgsloven. Det gjør heller ikke vansken til personen som trenger logopedtjenesten, en person med afatiske vansker kan like gjerne få et spesialpedagogisk vedtak og dermed regnes logopedens arbeid som opplæring eller personen kan få de samme tiltakene, men logopedens arbeid regnes som rehabilitering. Ved å gå igjennom de ulike plandokumentene til de 24 kommunene som har nevnt logoped, kan jeg se hvor kommunene anskaffer seg logopedtjenester fra og i hvilken kommunalsektor de forankrer logopedtjenesten i. Kommunenes tilgang til logopedtjenester fordeler seg over fire kategorier: privatpraktiserende, interkommunalt samarbeid, kommunalt ansatt og annet/uvist. At ingen av kommunene ser ut til å benytte seg av å kjøpe logopedtjenesten fra andre kommuner kan tyde på at det Nordheim (2016) sin undersøkelse påpekte om at kommuner uten egen logoped generelt gir et dårligere logopedtilbud enn kommuner med egen logoped, har hatt en innvirkning. Det kan også si at Samhandlingsreformens forslag om å inngå interkommunalt samarbeid for å dekke alle sykdomsgrupper i befolkningen ved å utnytte kommunenes ressurser og kompetanse (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009), har hatt en påvirkning. Interkommunalt samarbeid er den minste kategorien da det er kun 12,5% av kommunene i mitt utvalg som bruker dette. Svaret kan ligge i at det kun er små kommuner som har brukt denne metoden for å tilegne seg logopedtjenester. De små

kommunene kan ha innsett at de trengte en logoped, men at hver kommune ikke mente de trengte en logoped i en 100% stilling. Derfor har de fordelt logopedens tjenester seg imellom og på den måten sikret at alle kommunene får dekket den delen av befolkning som trenger logopedtjenester. At reformen la frem økonomiske insentiver for at kommunene skulle organisere og tilrettelegge helse- og omsorgstjenestene på lavest effektivt omsorgsnivå kan også ha spilt inn på at det kun er små kommuner som har benyttet interkommunalt samarbeid. Kommunene kan derfor ha fått beholde midler fra staten ved å gjøre det på denne måten. For hvis hjelpen logopedtjenesten gir blir regnet som opplæring står kommunene ansvarlig for å gi et tilbud (Helfo, 2019a) og må dermed betale for det, men hvis hjelpen logopedtjenesten gir regnes som behandling kan kommunene tilby det på et lavest effektivt omsorgsnivå og dermed få beholde midlene fra staten. Forskjellene i hvordan kommunene velger å skaffe seg logopedtjenester på, viser at logopedtjenestens dualitet er synlig i deres planverk. At den største gruppen av kommuner som har nevnt logoped i sine planverk faller inn under kategorien 'uvisst/annet', viser at logopedtjenester overfor voksne er et tungrodd system som kan trekkes tilbake til lovgivningen rundt tjenesten. Dette er med på å true Samhandlingsreformens mål om å oppnå helhetlige pasientforløp uten brudd (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). (2017) viste dette da de påpekte at informasjonsoverføringen mellom sektorene enda ikke er som de skal, når det gjelder informasjon fra helsepersonell til logoped.

Kommunenes forankring av logopedtjenestene er også et tegn på at logopedtjenestens dualitet er synlig i kommunenes planverk. Forankringen i utdanningssektoren og helse- og omsorgssektoren er begge på 37,5%, mens 20,83% av kommunene velger å forankre logopedtjenesten i begge. At like mange kommuner velger å forankre logopedtjenesten i enten utdanningssektoren og helse- og omsorgssektoren tyder på at Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 har hatt sin innvirkning. Paragrafen påpeker at kommunens ulike

deltjenester skal kunne samhandle seg imellom for å tilby nødvendige tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). §3-5 i Forskrift om habilitering og rehabilitering kan ha hatt sin innvirkning ved å påpeke at det er kommunens ansvar å gi befolkningen nødvendig utredning og oppfølging innen re-/habilitering (Helse- og omsorgsdepartement, 2011). Paragrafenes innvirkning kan man også se ved at 20,83% av kommunene har valgt å forankre logopedtjenesten i begge sektorene. Dette kan også ha blitt påvirket av §5 som påpeker at kommunenes tjenester innen helse og omsorg skal samles i et tverrfaglig re-/habiliteringstilbud der de skal samarbeide med andre etater om nødvendig (Helse- og omsorgsdepartement, 2011). Gjennomgangen av kommunenes anskaffelser av logopedtjenester og i hvilken kommunalsektor de forankrer logopedtjenesten i, bekrefter antagelsen om at logopedtjenestens dualitet er synlig i de tilgjengelige kommunale planverkene.

Dualiteten som eksisterer i logopedtjenestene kan ha negative konsekvenser, som informasjonsoverføringsproblemet (2017) påpekte mellom helseforetak og kommunens logopedtjeneste. En løsning kan være et av tiltakene Wisløff-utvalget kom med: å gjøre kommunene økonomisk ansvarlig slik at hver kommune gir et godt og samlet helsetjenestetilbud til befolkningen (Helse- og omsorgsdepartement, 2005). Grunnen til at dette kan løse noen av problemene logopedtjenesten dualitet skaper, er hele finansieringsmodellen til logopedtjenestene. Blir tjenesten regnet som opplæring er det kommunen som står til ansvar økonomisk etter § 13-1 i Opplæringsloven (Kunnskapsdepartementet, 1998), men hvis det er rehabilitering er det staten ved Helfo som står økonomisk ansvarlig (Helfo, 2019a), så lenge ingen annen lovgivning sier noe annet (Helfo, 2019d). Ved å la logopedtjenesten være en del av rehabilitering kan enkelte kommuner tjene penger på det, slik finansiering er i dag.

### Konklusjon

For å kunne svare på mitt primære forskningsspørsmål 'Hvordan fremkommer kommunenes ivaretagelse av logopedtjenester til voksne i de kommunale planene som er tilgjengelige?' og det underliggende spørsmålet 'Er logopedtjenesters dualitet synlig i kommunenes tilgjengelige planverk?' har jeg lagt frem min diskusjon rundt en hypotese og to antagelser.

Antagelsen om at 'omfanget av logopedtjenestens tilgjengelighet til en viss grad er sammenfallende med resultatene fra tidligere undersøkelser, selv om de har forskjellige metodiske tilnærminger' kan avkreftes. Det er på bakgrunn av at mine resultater ikke sammenfaller nok til en viss grad med to av de tre tidligere undersøkelsene, selv om resultatene til en viss grad sammenfaller med resultatene fra Jensen (2019). Hypotesen om at 'kommunens størrelse ikke påvirker om kommunen nevner logoped i sine plandokumenter' kan bekrefte via de gjennomførte kji-kvadrattestene som ikke viste signifikante funn på to av tre par med kommuner og for alle variablene. Antagelsen og hypotesen er med på å svare på mitt primære forskningsspørsmål. Utvalget mitt krympet fra 100 kommuner til et reelt utvalg på 70 kommuner med tilgjengelige planverk. Etter å ha gjennomført en innholdsanalyse krympet utvalget av kommuner med tilgjengelige planverk som faktisk hadde nevnt logoped til kun 24 kommuner. Det viser at kun 34,28% av kommunene i mitt reelle utvalg nevner logoped i sine plandokumenter, som gjør at det er 65,71% kommuner som ikke ivaretar logopedtjenester for voksne i sine tilgjengelige planverk. Dette viser at logoped ikke har stor tyngde i kommunenes tilgjengelige planverk. Av de 24 kommunenes planverk som nevnte logoped var det flest re-/habiliteringsdokument. De utgjorde 62,5% av alle de 24 planverkene som nevnte logoped. Dette viser at kommunens ivaretagelse av logopedtjenester til voksne i deres tilgjengelige kommunale planverk blir best ivaretatt i re-/habiliteringsdokumenter, men



at generelt blir ikke logopedtjenesten til voksne ivaretatt av de tilgjengelige kommunale planverk.

Antagelsen om at 'logopedtjenestens dualitet kommer frem i kommunenes tilgjengelige planverk' kan antageligvis bekreftes via min gjennomgang av kommunenes forankring av logopedtjenestene og hvor de får logopedtjenestene fra. Denne antagelsen er et direkte svar på mitt underliggende spørsmål. At kommunene velger å forankre logopedtjenesten for voksne like mye i både utdanningssektoren og helse- og omsorgssektoren synliggjør logopedtjenestens dualitet i de kommunale planverkene og at de innhenter tjenesten på forskjellige måter. Dette reflekterer dualiteten som kan sees i lovene som omhandler logopedtjenesten og som fører til tjenestens ambivalente forhold til seg selv: holder vi på med opplæring eller behandling og rehabilitering? Denne dualiteten vises enda mer i de kommuner som velger å forankre logopedtjenesten i begge sektorene. Vi kan med dette svare på det underliggende spørsmålet at ja, logopedtjenestens dualitet er synlig i de tilgjengelige kommunenes planverk som har nevnt logoped. Dette kan tyde på at kommunens rolle som leverandør av primærhelsetjenester etter Samhandlingsreformen, har hatt en innvirkning på kommunens ivaretagelse av logopedtjenester overfor voksne.

Videre arbeid bør ha et større utvalg av kommuner for å kunne si med mer nøyaktighet hvordan logopedtjenesten er ivaretatt i kommunenes planverk og bør ta med 'opplæring' og/eller 'voksenopplæring' som en del av søkingen etter kommunale planverk på Google. At jeg ikke tok det med i mine søkerutiner kan svare på hvorfor søkene mine ikke resulterte i noen planverk som direkte omhandlet voksenopplæring. Dette kan ha ført til en skjev fordeling av resultatene. Derfor bør en ny undersøkelse rundt fenomenet inkludere søk etter voksenopplæring.

Det burde blitt gjennomført en spørreundersøkelse på bakgrunn av funnene og resultatene fra denne undersøkelsen for å se om det er noen reell forskjell mellom det kommunene skriver i sine planverk og det kommunene forteller at de gjør.

Det ville også vært interessant å se de samme kommunenes planverk fra før og etter Samhandlingsreformen for å se reformens nøyaktige innvirkning på kommuners ivaretagelse av logopedtjenester overfor voksne.

Det bør bli utført mer forskning om fenomenet logopedtjenestens dualitet. Dette er et viktig tema, ikke bare for logopediske tjenesteytere sin fremtid, men for hele tjenesten og dets kurs videre: er vi lærere eller er vi helsepersonell? Eller er vi muligens begge deler?

### Referanseliste

- Aalen, O. O. (Ed.) (2018). *Statistiske metoder i medisin og helsefag* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Afasiforbundet. (2017). *Logopedundersøkelsen 2017*. Retrieved from Oslo:
- Barstad, L. H. (2020). Samhandlingsreformen. Retrieved from <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-429/10/>
- 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*(6). doi:10.1002/14651858.CD000425.pub4
- Brandal, W., & Brakstad, A. T. (2017). *På rett sted - til rett tid..... Oppfølging av voksne med afasi etter hjerneslag i lys av samhandlingsreformen - hvordan fungerer det i praksis?*, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2 ed.). California: SAGE Publications, Inc.
- Daniels, S. K. (2006). Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing. *GI Motility online*. doi:doi:10.1038/gimo34
- Ekberg, O., & Johnson, E. (1999). Spise- og svelgevansker: Årsaker, symptomer, undersøkelser og diagnose. In H. Stensvold & L. Utne (Eds.), *Dysfagi* (pp. 46-61). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Engedal, K. (2019). Alderdom. In *Store medisinske leksikon*: Store medisinske leksikon.
- Faiz, K. W. (2020). Parkinsons sykdom. In *Store medisinske leksikon*: Store medisinske leksikon.
- Flipsen, P. J., Bernthal, J. E., & Bankson, N. W. (2013). Classification and Comorbidity in Speech Sound Disorders. In J. E. Bernthal, N. W. Bankson, & F. J. Peter (Eds.), *Articulation and Phonological Disorders: Speech Sound Disorders in Children* (7 ed., pp. 114-143). Amsterdam: Pearson.
- Folkehelseinstituttet. (2019a). Dødsårsaksregisteret. Retrieved from <https://www.fhi.no/nyheter/2019/dodsfall-etter-hjerteinfarkt-og-hjerneslag-er-dramatisk-reduert-siste-ti-a/>
- Folkehelseinstituttet. (2019b). Hjerne- og karregisteret. Retrieved from <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte--og-karsykdom-i-2018/>
- Fonn, M. (2017). Parkinsons sykdom. <https://sykepleien.no/2017/10/dette-bor-du-vite-om-parkinsons-sykdom>
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. London: Wolters Kluwer.
- Hammarberg, B., Södersten, M., & Lindestad, P. (2008). Röststörningar - allmän del. In L. Hartelius, U. Nettelbladt, & B. Hammarberg (Eds.), *Logopedi* (pp. 245 - 262). Lund: Studentlitteratur.
- Helfo. (2019a). Kommune sitt ansvar fro logoped- og audiopedagogtjenester. Retrieved from <https://helfo.no/helseaktor/kommuner-og-fylkeskommuner/kommunen-og-logoped-audiopedagogtjenesten/kommunen-sitt-ansvar-for-logoped-og-audiopedagogtjenester>
- Helfo. (2019b). Kommunen sitt ansvar for logoped- og audiopedagogtjenester. Retrieved from <https://helfo.no/helseaktor/kommuner-og-fylkeskommuner/kommunen-og-logoped-audiopedagogtjenesten/kommunen-sitt-ansvar-for-logoped-og-audiopedagogtjenester>
- Helfo. (2019c). Regelverk og takstar for behandling hos privat logoped og audiopedagog. Retrieved from <https://helfo.no/takster/regelverk-og-takstar-for-behandling-hos-privat-logoped-og-audiopedagog#takstar-for-unders%C3%B8king-og-behandling>
- Helfo. (2019d). Regelverk og takstar for behandling hos privat logoped og audiopedagog. Retrieved from <https://helfo.no/takster/regelverk-og-takstar-for-behandling-hos-privat-logoped-og-audiopedagog#takstar-for-unders%C3%B8king-og-behandling>
- Helland, T. (2012). *Språk og dysleksi*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Helse- og omsorgsdepartement. (1997). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog*. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-04-18-329/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-04-18-329/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)
- Helse- og omsorgsdepartement. (2005). *Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste*. (3). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/80b5d874b6b9488e837b369e88e21851/no/pdf/s/nou200520050003000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (47). Helse- og omsorgsdepartement Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. (FOR-2011-12-16-1256). Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_1)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)
- Helse Bergen. (2016). Talepraksi. Retrieved from <https://helse-bergen.no/avdelinger/nevroklinikken/logopedtenesta/talepraksi>
- Helse Møre og Romsdal. (2017). Hjerneskade hos voksne. Retrieved from <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/hjerneskade-hos-voksne>
- Helsedirektoratet. (2017a). Hjerneslag: nasjonal faglig retningslinje. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/syn-horsel-og-kommunikasjon>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Rundskriv til folketrygdloven § 5-10 - Logoped/Audiopedagog*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/folketrygdloven--5-10-logoped-audiopedagog>
- Helsedirektoratet. (2019). *Tiltak for å knytte private logopedtjenester tettere til kommunen*.
- Jensen, H. (2019). *Logopeddekningen i Norges kommuner - Afasiforbundets statusrapport 2019*. Retrieved from Afasiforbundet I Norge: [https://afasi.no/wp-content/uploads/2019/03/2019\\_Juni\\_Afasiforbundet\\_Statusrapport-logoped-Norge-1.pdf](https://afasi.no/wp-content/uploads/2019/03/2019_Juni_Afasiforbundet_Statusrapport-logoped-Norge-1.pdf)
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kalia, L. V., & Lang, A. E. (2015). Parkinsons` disease. *The Lancet*, 386(9996), 16. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61393-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61393-3)
- Krumsvik, R. J. (2015). *Forskningsdesign og kvalitativ metode - ei innføring* (2 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kunnskapsdepartementet. (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa*. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61#KAPITTEL\\_6](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61#KAPITTEL_6)
- Kunnskapsdepartementet. (2014). *Svar på spørsmål om logopedtjenester*. (08/7490). Retrieved from [https://norsklogopedlag.no/uploads/docs/2014\\_Svar\\_fra\\_KD\\_pa\\_sporsmal\\_om\\_logopedtjenester%20\(L\)\(819336\).pdf](https://norsklogopedlag.no/uploads/docs/2014_Svar_fra_KD_pa_sporsmal_om_logopedtjenester%20(L)(819336).pdf)
- Kunnskapsdepartementet. (2019). *Ansvar til kommunen, fylkeskommunen og staten*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/grunnopplaring/artikler/skolesektoren/id434945/>
- Langørger, A., Løkken, S. A., & Aaberge, R. (2015). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2013*. Oslo: Statistisk sentralbyrå Retrieved from <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/attachment/225199?ts=14ce4c230d0>

- Lene, A. (2016). Statistikk, spesifikke vansker. Retrieved from <https://dysleksinorge.no/faq/statistikk-spesifikke-vansker/>
- Malt, U. (2020). Utviklingsforstyrrelse. In *Store medisinske leksikon*.
- Meisingset, T. W. (2019). ALS. *Store medisinske leksikon*. Retrieved from <https://sml.snl.no/ALS>
- Murdoch, B. E. (2014). Neurogenic Disorders of Speech in Children and Adults. In N. B. Anderson & G. H. Shames (Eds.), *Human Communication Disorders: An Introduction* (pp. 284 - 317). Harlow: Pearson Education Limited.
- Nordheim, C. (2016). *Rehabilitering av afatikere: en kvalitativ studie av rehabiliteringstilbudet til afatikere på Haugelandet*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Norsk Helseinformatikk. (2018). Hva er dysleksi. Retrieved from <https://nhi.no/familie/barn/dysleksi/?page=all>
- NSD. (2020). Nettbaserte spørreundersøkelser. Retrieved from [https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningsmetoder/nettbaserte\\_sporreundersokelser.html](https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningsmetoder/nettbaserte_sporreundersokelser.html)
- Oraviita, I. K. (2008). *Afasirehabilitering i Norge: kommunale rehabiliteringstilbud til afasirammede. En kvantitativ undersøkelse av de afasirammedes tilgang til logopedisk rehabilitering i hjemkommunen*. (Master), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Pediatriveiledere. (2009). Nevrodegenerative sykdommer. *Helsebiblioteket*.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (Vol. 10). London: Wolters Kluwer.
- Reinvang, I. (1978). *Afasi: språkforstyrrelse etter hjerneskode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sander, K. (2017). Opplæring. Retrieved from <https://estudie.no/wp-content/uploads/opplaring-p.pdf>
- Statistisksentralbyrå. (2019). Befolkning. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar>
- Stensvold, H., & Utne, L. (Eds.). (1999). *Dysfagi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2007). Editorial: The New Era of Mixed Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 3 - 7. doi:<https://doi.org/10.1177/2345678906293042>
- Utdanningsdirektoratet. (2015). *Rettleiaren Spesialundervisning for vaksne*. Retrieved from <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/voksenopplaring/spesialundervisning-for-voksne/Veilederen-Spesialundervisning-for-voksne/>

**Tabeller***Tabell 1 Tabellen viser antall forskjellige plandokumenter fra kommunene fordelt etter kommunestørrelse*

Type dokument	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner	Total	Prosent
Helse- og omsorgsplaner	6	9	1	16	22,86%
Re- /habiliteringsdokumenter	11	5	5	21	30%
Rehabiliteringsdokumenter	4	2		6	8,57%
Kommuneplan samfunnsdel	17	6	1	24	34,29%
Kommuneplan	1	1		2	2,86%
Utredningsplan	1			1	1,43%
Sum	40	23	7	70	100%

*Tabell 2 Tabellen viser de forskjellige plandokumentene som nevner logoped fordelt på kommunestørrelse*

	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner	Total	Prosent
Helse- og omsorgsplaner	1	1	1	3	12,50%
Re- /habiliteringsdokumenter	8	4	3	15	62,50%
Rehabiliteringsdokumenter	3	1	1	5	20,83%
Kommuneplan samfunnsdel	1			1	4,17%
Total	13	6	5	24	100%

*Tabell 3 Tabellen viser en oversikt over kommunestørrelse og hvilke av de som har logopedtjenester, ikke har logopedtjenester og hvilke som mangler plandokument*

Kommunestørrelse	Logopedtjenester	Mangler logopedtjenester	Mangler plandokument	Sum
Små	13	27	19	59
Mellomstore	6	17	5	28
Store	5	2	6	13
Sum	24	46	30	100



*Tabell 4 Tabellen viser tidligere undersøkelsers funn av om kommunen har logoped som arbeider med voksne eller ikke*

Undersøkelse	Logopedtjeneste for voksne	Mangler logopedtjeneste for voksne
Egne resultater	34,29%	65,71%
Jensen 2019	37,29%	62,71%
Afasiforbundet 2017	29%	71%
Oraviita 2008	46%	53%

## Figurer

