

SKJEMA FOR MINI-METODEVURDERING

For vurdering av tiltak i kommuner

Mini-metodevurdering har som formål å bidra til kunnskapsbaserte beslutninger ved innføring av nye tiltak i kommunehelsetjenesten og må sees i sammenheng med den enkelte kommunes strategi, organisering, økonomi og praksis.

Tittel på mini-metodevurderingen	Logopedi som nødvendig helsehjelp
Dato for ferdigstillelse	31 desember 2023
Kommune	Bergen

Bidragstere

Forslagsstiller/ansvarlig	Synnøve Sårheim Alme
Økonom	Ikke vurdert som nødvendig
Fra Bergen kommune	Etat for vurdering og rehabilitering: Elin Wathne (direktør), Beate Haakonsen (rådgiver) og Therese Mathers (avdelingsleder Logopedi og synspedagogikk), Byrådsavdeling for helse og omsorg: Synnøve S. Alme (juridisk rådgiver), Eileen Langedal (rådgiver).
Fra FHI	Lillebeth Larun, Patricia SJ Jardim og Ingvild Kirkehei

INNHOOLD

Innhold	2
Del 1:	3
Innledning	3
Beskrivelse av tiltaket som skal vurderes	4
Beskrivelse av dagens praksis i egen kommune	7
Informasjonssikkerhet og personvern, etikk, klima og miljø	8
Del 2:	9
Forskningsomtale	9
Del 3:	16
Organisering i egen kommune	16
Del 4:	17
Økonomiske aspekter	17
Del 5:	18
Oppsummering og konklusjon	18
DEL 6:	22
Habiletet og signatur for deltagere	22

DEL 1:

Innledning

1. Kontaktinformasjon

Kommune	Bergen
Arbeidssted	Byrådsavdeling for helse og omsorg
Kontaktperson	Eileen Langedal
E-post	Eileen.langedal@bergen.kommune.no
Kontaktinformasjon ved FHI	Lillebeth.larun@fhi.no

2. Hva er formålet med utredningen?

- Å innføre et *nytt* tiltak i kommunen
- Revurdering av et *eksisterende* tiltak som finnes i kommunen
- Annet (spesifiser i kommentarfeltet)

Sikre best mulig kunnskapsgrunnlag om logopedi som fagfelt for å gjøre gode vurderinger knyttet til logopedi som nødvendig helsehjelp, og for å teste ut om nye kriterier for prioriterte brukergrupper er treffende for tilfeller der logopedi anses som nødvendig helsehjelp.

3. Hvilke spørsmål er særlig viktig å få belyst i denne mini-metodevurderingen?

- Nytte for bruker/helseeffekt
- Pasientsikkerhet/risiko
- Kostnader
- Organisatoriske konsekvenser
- Etske eller bærekraftige aspekter

- Annet (spesifiser i kommentarfeltet)

[\[Klikk her for å spesifisere\]](#)

Beskrivelse av tiltaket som skal vurderes

4. Gi en kort beskrivelse av det aktuelle tiltaket som skal vurderes

Logopeder utreder og jobber med mennesker som har ulike former og alvorlighetsgrader av kommunikasjonsvansker. Eksempler på kommunikasjonsvansker er stemmevansker, språk- og talevansker, svelgevansker og taleflytvansker slik som stamming eller løpsk tale.

Logopedi innebærer å redusere negative innvirkningen disse vanskene kan ha på menneskers psykiske og fysiske helse. Hensikten er å bedre den enkeltes evne til deltakelse sosialt og i samfunnet, for eksempel i utdanning, arbeid og fritid.

Logopedi kan bidra til å utvikle eller gjenvinne viktige funksjoner ved medfødt, ervervet eller progredierende sykdom, og vurderes i disse tilfellene som nødvendig helsehjelp. Logopedi vil for eksempel være aktuelt ved rehabilitering etter hjerneslag, der brukeren har mistet eller fått nedsatt evne til å uttrykke seg, eller å forstå det som blir sagt. Det vil da være helt nødvendig å trene opp språk og/eller taleevnen eller finne alternative måter å kommunisere på. Etter operasjoner kan logopeden bidra dersom funksjon i hjerne, munn, svelg mv. påvirker evnen til å kommunisere og/eller svelge. Logoped kartlegger og iverksetter tiltak ved svelgevansker som følge av sykdom eller skade, noe som er særlig viktig hos svekkede brukere for å unngå alvorligere tilstander og i verste fall dødsfall. Logoped gir også anbefalinger om tilrettelagt kost og væskeinntak mens opptrening pågår, dette for å forebygge underernæring hos bruker.

Logopeden bidrar i kommunens tverrfaglige rehabiliteringsarbeid. Bergen kommune har i lengre tid hatt kommunale logopeder og synspedagoger ansatt i Bergen voksenopplæring (Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett). De ble i januar 2022 overført til Byrådsavdeling for eldre, helse og omsorg. Bergen kommune har valgt å organisere logopeder sammen med rehabiliteringstjenester med mål om å samle rehabiliteringskompetanse og sikre innbyggerne et mer helhetlig og tverrfaglig rehabiliteringstilbud, uten brudd i forløpet. Slik vil kommunen bedre ivareta brukernes pasientrettigheter og behov. Dette vil vi tro er nybrottsarbeid. Bergen kommune kjenner ikke til at andre kommuner har gjort tilsvarende.

I kommune-Norge har logopedi primært vært organisatorisk knyttet til de pedagogiske tjenestene og blitt gitt etter opplæringsloven. Samtidig er logopedi nødvendig for en del personer med behandlings- og rehabiliteringsbehov etter helse- og omsorgstjenesteloven, det vil da være en tjeneste kommunen har plikt til å sørge for.

Tre ulike lovverk kan gi rett til logopedhjelp: Helselovene, opplæringslova og folketrygdloven. Regelverkene framstår ikke som samordnet og det er ingen klare grenser mellom dem. Lovverkene

har delvis overlapp slik at samme behandling til samme bruker for samme behov kan gis etter alle tre lovverkene, selv om folketrygdloven riktignok skal være sekundær til annen lovgivning.

«Nødvendig helsehjelp» er en rettslig standard. Man kan ikke fastlegge lovens innhold ved en tolking av lovens tekst, man må gå til det fagområdet som standarden gjelder for. Det er hva fagområdet medisin sier om *logopedi som helsehjelp* som er bestemmende for om eller når logopedi er nødvendig helsehjelp. Den endelige avgjørelsen av hva som er nødvendig helsehjelp gjøres etter konkrete vurderinger av det enkelte tilfelle.

Pasienters behov for logoped i behandling og rehabilitering blir beskrevet av spesialisthelsetjenesten etter utskriving til oppfølging i kommunene. Sett fra kommunens perspektiv gjør her to ulike trender seg gjeldende; annen fagkompetanse supplerer og blir i økende grad en del av den nødvendige helsehjelpen som pasienten har krav på. Tidligere utskriving i tråd med den tilskattede oppgaveglidningen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunen etter samhandlingsreformen gjør at en større del av behandlingen og rehabiliteringen for den enkelte pasient må skje i kommunen. Begge trender har bidratt til at oppgaven for kommunen har vokst, og at kommunen må sørge for en økt ressurs med logopedkompetanse. Verken økte krav til kompetanseressurs eller vekst i oppgaven avspeiles i finansieringen av kommunene. Rammetilskuddet vokser kun ved indeksregulering og oppgaveendringer som er avtalt og kostnadsberegnet.

Kommunene utfordres altså av spesialisthelsetjenesten, og også av interessegrupper og sentrale myndigheter til å sørge for logopeder til pasienter som trenger det. Lovforslag om at logopeder skal gis autorisasjon som helsepersonell etter helsepersonelloven og om at det skal være en lovpålagt kompetanse etter helse og omsorgstjenesteloven § 3-2, andre ledd første punktum, har samtidig ikke vunnet fram. Det råder dermed en usikkerhet i kommunene om hvor langt plikten til å sørge for nødvendige logopedtjenester går. Med tilgang til forskning på effekten av logopedi på hyppig forekommende tilstander vil denne usikkerheten kunne bli mindre, og det vil være til hjelp med de overordnede prioriteringene så vel som de konkrete vurderingene av hva som er nødvendig helsehjelp til den enkelte pasient. Det vil også kunne hjelpe kommunen i avgrensningen mot vekst i aktivitet som ikke er pliktmessig, og på den andre siden synliggjøre et behov for økte ressurser.

Kriterier for tildeling av logopeditjenester i Bergen kommune er utarbeidet.. For noen grupper er kunnskapsgrunnlaget mer uklart og det er derfor ønskelig å gjøre en nærmere vurdering av blant annet det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget av effekten av logopeditjenester som kan støtte både tjenesteutvikling og klinisk tilnærming i vår tjeneste. Dette gjelder personer med traumatisk hjerneslag, demens og utviklingshemming.

5. Omfatter metoden medisinsk utstyr, skal det oppgis om det foreligger nødvendig CE-merking

Ikke aktuelt

6. Definer kriteriene for søk og utvelgelse av litteratur

<p><u>Populasjon</u> <i>population</i></p> <p>Oppgi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Aktuell sykdom/tilstand2. Aktuell pasientgruppe (f.eks. aldersgruppe, kjønn etc.)	<p>[Klikk her for å skrive om <i>populasjon</i>]</p> <p>Voksne (over 18 år)</p> <p>Funksjonsnedsettelse knyttet til kommunikasjon i og svelgefunksjon.</p> <p>Ervervet sykdom, skade eller svekkelse som påvirker totalkommunikasjonen. Ervervet sykdom, skade eller svekkelse som gir svelgvansker</p> <p>For eksempel diagnosene: Slag, infeksjoner, kreft, demens, Parkinson, ALS, traumatisk hodeskade, MS og utviklingshemmede.</p>
<p><u>Tiltak</u> <i>Intervention</i></p> <p>Oppgi navn på tiltaket som skal vurderes.</p>	<p>Direkte logopedi (det vil si at autorisert logoped gir behandling) og indirekte ved at logoped veileder pasienten, pårørende eller personalet i å gi tiltaket.</p> <p>Logopeden må ha formell utdanning som logoped.</p>
<p><u>Sammenligning</u> <i>comparison</i></p> <p>Oppgi alternative tiltak som det sammenliknes med. Dette vil ofte være dagens praksis.</p>	<p>Alle</p>
<p><u>Utfall</u> <i>outcome</i></p> <p>Oppgi relevante endepunkt/utfall, dvs. hva man ønsker å måle virkningen av tiltaket på.</p>	<p>Pasientutfall</p> <p>Funksjonsendring for eksempel i kommunikasjon, svelgevansker, selvhjulpenhet og mestring, deltakelse i samfunnet.</p> <p>Forebygge sekundære utfall, for eksempel underernæring, mindre deltakelse i samfunnet, samt psykiske og sosiale problemer.</p>

	<p>Organisatoriske utfall</p> <p>Gir tjenesten logopedi til innbyggere med størst behov knyttet til alvorlighetsgrad, hastegrad og nytte, som kommer inn under kommunens plikt til å gi nødvendig helsehjelp.</p> <p>Bedre ressursutnyttelse.</p>
<p>Annet</p> <p>F. eks. studiedesign, publikasjonsår, språk, kommunal kontekst</p>	<p>Skandinavisk og engelsk språk. Systematiske oversikter av god metodisk kvalitet publisert fra år 2000.</p> <p>Primært land med offentlig helsevesen. Konteksten er primærhelsetjenesten, men også andre nivåer hvis det er overføringsverdi.</p>

Beskrivelse av dagens praksis i egen kommune

7. Gi en kort beskrivelse av eventuelt eksisterende tiltak og dagens praksis

Kommune har per 1. januar 2024 følgende kriterier for hvilke målgrupper som skal prioriteres av kommunal logopeditjeneste:

- Pasienter med hjerneslag og traumatisk hodeskade.
- Pasienter med nevrologiske sykdommer som Parkinson, ALS, MS og Huntington (listen er ikke uttømmende).
- Utviklingshemmede brukere.
- Fysisk svekkede eldre, primært pasienter innlagt på langtidsopphold på sykehjem

Funksjonsvansker og behov for logopedi kan for gruppen knyttes til afasi, kognitive kommunikasjonsvansker og dysfagi. Behovet kan også knyttes til talevansker som dysartri facialisparese/ taleapraksi, svelgevansker og ulike talevansker som følge av funksjonsnedsettelsen.

Det skal alltid gjøres individuelle vurderinger av henvisninger om logopedi for å ivareta brukere med andre tilstander med samme alvorlighetsgrad og hastegrad.

8. Vil det nye tiltaket komme i tillegg til eller erstatte allerede eksisterende tiltak? Spesifiser.

Nei, logopedi er en eksisterende kommunal tjeneste som gis etter fastsatte kriterier for prioritering, se punkt syv.

- 9. Er det noen tiltak som brukes i kommunen nå som bør fases ut dersom det nye tiltaket innføres? Spesifiser.**

Ikke relevant

Informasjonssikkerhet og personvern, etikk, klima og miljø

- 10. Hvordan er datasikkerhet og personvern, for eksempel DPIA (personvernkonsekvensutredning), knyttet til det nye tiltaket ivaretatt?**

Vil ikke medføre endringer

- 11. Utfordrer metoden etablerte verdier i samfunnet?**

Nei, muligheten til å ytre seg er en menneskerett og det må derfor legges til rette for at mennesker med kommunikasjonsvansker får mulighet til å uttrykke seg.

- 12. Hvordan vil innføring av tiltaket påvirke klima og miljø?**

Kan ikke se at dette vil påvirke klima og miljø.

DEL 2:

Forskningsomtale

En **forskningsomtale** er en kort beskrivelse (1-3 sider) og gradering (dvs. hvor mye vi stoler på resultatene) av en eller flere systematiske oversikter om det aktuelle tiltaket, vanligvis med tilleggsopplysninger som er relevant for norske forhold.

En **systematisk oversikt** har som hensikt å svare på ett eller flere spesifikke forskningsspørsmål. Forfattere av systematiske oversikter bruker en systematisk og tydelig framgangsmåte for å finne, velge ut, vurdere og oppsummere all tilgjengelig forskning om forskningsspørsmålet.

Se forskningsomtalen på neste side eller på følgende lenker:

- [Bedres kommunikasjon for mennesker med alvorlig traumatisk hjerneskade hvis kommunikasjonspartner får opplæring?](#)
- [Kunnskapsgrunnlaget om effekten av kommunikasjonstrening for å bedre livskvalitet for personer med demens er mangelfull](#)
- [Kunnskapsgrunnlaget om effekten av kommunikasjonstrening for voksne med alvorlig utviklingshemming er mangelfullt](#)

OM FORSKNINGSMOTALEN

Forskningsomtalen er laget av Folkehelseinstituttets område for helsetjenester, i et samarbeidsprosjekt med Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Omtalen skal være til støtte for beslutningstakere i kommunenes helse- og omsorgstjenester.



FORSKNINGSOMTALE

Bedres kommunikasjon for mennesker med alvorlig traumatisk hjerneskade hvis kommunikasjonspartner får opplæring?

Det er ikke nok forskning av god metodisk kvalitet for å si om kommunikasjonstiltak bedrer kommunikasjon for personer med alvorlig traumatisk hjerneskade (TBI) eller deres kommunikasjonspartnere. Det viser en systematisk oversikt fra 2021.

Bergen kommune ønsket å vite mer om effekten av logopedi for ulike diagnoser. Denne forskningsomtalen handler om forskning på personer med alvorlig TBI og hvordan kommunikasjonspartnere kan bidra til å forbedre kommunikasjonsferdigheter. Forskningsomtalen inngår i en mini-metodevurdering som ser på logopedi som nødvendig helsehjelp.

HOVEDBUDSKAP

Den systematiske oversikten vurderte kommunikasjonstiltak for å bedre kommunikasjon for personer med alvorlig TBI og deres kommunikasjonspartnere.

Resultatene viser at:

- Det er usikkert om kommunikasjonstiltak bedrer kommunikasjon for personer med alvorlig traumatisk hjerneskade (TBI) og deres kommunikasjonspartnere.

Selv om noen studier viste positive resultater for noen av deltakerne, har alle studiene svak metodisk kvalitet og det var svært få deltakere inkludert. Det er derfor behov for mer forskning for å være sikker på om kommunikasjonstiltak virker.

BAKGRUNN

Logopeder utreder og jobber med mennesker som har ulike former og alvorlighetsgrader av kommunikasjonsvansker. Eksempler på kommunikasjonsvansker er stemmевansker, språk- og talevansker, svelgevansker og taleflytvansker slik som stamming eller løpsk tale. Logopedi kan bidra til å utvikle eller gjenvinne viktige funksjoner ved medfødt eller ervervet sykdom, og vurderes i disse tilfellene som nødvendig helsehjelp.



En australsk organisasjon for TBI beskriver at TBI kan påvirke en persons evne til å kommunisere ved å svekke hørselen, taleferdighetene og kognitiv bearbeiding. Slike svekkelser har en ødeleggende langtidsvirkning på muligheten til å komme tilbake til arbeid, skole, familieliv, deltakelse i samfunnet og sosial interaksjon. Opptrening av kommunikasjonsferdigheter, individuelt med bruker, i grupper eller gjennom kommunikasjonspartner og helsepersonell kan ha en sentral rolle i å hjelpe personer med TBI til å overføre ferdighetene til hverdagen. Det er derfor viktig å utforske hvilke effekter opplæring gitt av logopeder til kommunikasjonspartnerne kan ha for å bedre og vedlikeholde kommunikasjon og videre mestring av dagliglivet for en person med traumatisk hjerneskade.

I kommune-Norge har logopedi primært vært organisatorisk knyttet til de pedagogiske tjenestene og vært gitt etter opplæringsloven. Samtidig vil logopedi være nødvendig for en del personer med behandlings- og rehabiliteringsbehov og kan da også inngå som helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det vil da være en tjeneste kommunen har plikt til å sørge for. Bergen kommune har organisert logopeder sammen med øvrige rehabiliteringstjenester, med mål om å sikre innbyggerne et mer helhetlig og tverrfaglig rehabiliteringstilbud.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Den systematiske oversikten inkluderte åtte studier. Tre var randomiserte kontrollerte studier (RCT), to ikke-randomiserte kontrollerte studier og tre brukte innendeltakerdesign (single-case experimental design, SSED). Sistnevnte studiedesign karakteriseres ved at den enkelte deltaker fungerer som sin egen kontroll, dvs personen sine tidligere målinger blir sammenlignet med hverandre i stedet for sammenlignet med en kontrollperson. Syv studier inkluderte både personer med alvorlig TBI og deres kommunikasjonspartnere og én studie inkluderte kun kommunikasjonspartnere. Totalt var det 787 deltakere i primærstudiene, hvorav 258 hadde TBI og 328 var kommunikasjonspartnere. Antallet deltakere i hver studie varierte fra fem eller færre til 200, alderen varierte mellom 18 og 68 år. Kommunikasjonspartner kunne være partner, foreldre eller omsorgsperson og treningen ble primært utført sammen med kommunikasjonspartner. Tre studier hadde et fast tiltaksprogram, de resterende studiene gjorde individuelle tilpasninger i henhold til miljøet tiltaket ble gitt i, for eksempel arbeidsplass, butikktur eller telefonsamtaler. Tiltakene ble oftest gitt av logoped eller psykolog, og varierte fra 50 minutter per uke i 16 uker til et fire timers foredrag. Fire studier var fra Australia de resterende var fra Polen, Storbritannia, Sør-Afrika og USA.

Effekten av kommunikasjonstrening

Tre studier vurderte effekten av opplæring av et familiemedlem, en venn eller en profesjonell omsorgsperson som kommunikasjonspartner. Alle brukte et fast tiltaksprogram som utgangspunkt og studiene brukte anerkjente måleinstrumenter for de ulike utfallene. To RCTer fant at personer med alvorlig TBI bedret kvalitet på deltagelse og samhandling målt både i form av økt interaksjon og forbedret beskjed overføring i samtale. Studiene fant også at kommunikasjonspartneren ble bedre på å anerkjenne og avdekke brukerens kompetanse. De resterende seks studiene fant også resultater som pekte i samme retning, men alle studiene hadde lav metodisk kvalitet og det var få deltakere slik at det ikke kan sies med sikkerhet om opplæringen hadde effekt.

OM DENNE FORSKNINGSSOMTALEN

Bibliotekar gjennomførte søk etter systematiske oversikter i september 2023. Søket ble utført i syv helsefaglige litteraturlister, og forskere og oppdragsgiver var med i planleggingen av søket. I søket brukte vi søkeord for ulike typer logopedi (for eksempel speech therapy, speech pathology, swallowing therapy eller voice therapy) og søkene ble tilpasset den enkelte litteraturlisten.

Vi gikk gjennom 3239 unike referanser og vurderte 180 av dem i fulltekst. De seks mest oppdaterte og relevante systematiske oversiktene ble vurdert for metodisk kvalitet. I samarbeid med oppdragsgiver valgte vi hvilke systematiske oversikter som skulle omtales. Når vi oppsummerer studier og presenterer resultatene er det viktig å formidle hvor stor tillit vi kan ha til at resultatene gjenspeiler virkeligheten. Tilliten til resultatene kan være høy, middels, liten, eller svært liten. Jo høyere tillit, jo sikrere kan vi være på at effekten av et tiltak er riktig anslått. Hvis vi har svært lav tillit til resultatene kan vi ikke si om hvorvidt tiltaket er effektivt eller ikke. Vi skriver derfor at vi er usikre.

Omtalen er skrevet av Lillebeth Larun og Patricia SJ Jardim, søket er utført av Ingvild Kirkehei, alle fra område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. Forskningsomtalen er gjort på oppdrag fra Bergen kommune, Byrådsavdeling for eldre, helse og omsorg. Denne forskningsomtalen er en av tre forskningsomtaler som inngår i en mini-metodevurdering som skal brukes i arbeidet med å evaluere vedtatte kriterier for tildeling og prioritering av logopediltak.

KILDE

Behn N, Francis J, Togher L, Hatch E, Moss B, Hilari K. Description and effectiveness of communication partner training in TBI: A systematic review. *J Head Trauma Rehabil* 2021;36(1):56-71. DOI: 10.1097/HTR.0000000000000580

REFRANSE TIL ANNEN LITTERATUR

Communication disorders after a brain injury [nettdokument]. Synapse. Australia's Brain Injury Organisation. [Lest 14. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://synapse.org.au/factsheet/communication-disorders-after-a-brain-injury/communication-disorders-after-a-brain-injury/>

OM FORSKNINGSMOTALEN

Forskningsomtalen er laget av Folkehelseinstituttets område for helsetjenester, i et samarbeidsprosjekt med Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Omtalen skal være til støtte for beslutningstakere i kommunenes helse- og omsorgstjenester.



FORSKNINGSOMTALE

Kunnskapsgrunnlaget om effekten av kommunikasjonstrening for å bedre livskvalitet for personer med demens er mangelfull.

Det er ikke nok forskning av god metodisk kvalitet for å si om kommunikasjonstrening bedrer livskvalitet for personer med demens. Det viser en systematisk oversikt fra 2021.

Bergen kommune ønsket å vite mer om effekten av logopedi for ulike diagnoser. Denne forskningsomtalen ser på forskning som omhandler personer med demens og inngår i en mini-metodevurdering som ser på logopedi som nødvendig helsehjelp.

HOVEDBUDSKAP

Den systematiske oversikten vurderte kommunikasjonstrening alene eller som en del av et mer omfattende program, for å bedre livskvalitet for personer med demens og deres omsorgspersoner.

Resultatene viser at:

- Det er usikkert om kommunikasjonstrening bedrer livskvalitet for personer med demens eller deres omsorgspersoner.

Den systematiske oversikten hadde noen metodiske svakheter i utførelsen og flere av de inkluderte primærstudiene hadde svak metodisk kvalitet. Det betyr at det er nødvendig med mer forskning for å si om tiltaket har effekt eller ikke har effekt, tross av at noen av de inkluderte studiene viste positive funn for noen av deltakerne.

BAKGRUNN

Logopeder utreder og jobber med mennesker som har ulike former og alvorlighetsgrader av kommunikasjonsvansker. Eksempler på kommunikasjonsvansker er stemmевansker, språk- og talevansker, svelgevansker og taleflytvansker slik som stamming eller løpsk tale. Logopedi kan bidra til å utvikle eller gjenvinne viktige funksjoner ved medfødt eller ervervet sykdom, og vurderes i disse tilfellene som nødvendig helsehjelp.



I 2020 var det anslått i Helsedirektoratets retningslinjer om demens at 100 000 personer i Norge hadde demens. Demens er ikke en enkeltstående sykdom, men heller et komplekst syndrom som oppstår som følge av ulike sykdommer eller hjerneskader. Mange personer med demens og deres pårørende opplever betydelige utfordringer i hverdagen knyttet til tale, språk og kommunikasjon. Dette kan i stor grad påvirke deres livskvalitet. Derfor er det nødvendig å utforske om tiltak, slik som logopedi, kan redusere disse utfordringene og gi personer med demens økt mulighet for deltakelse og god livskvalitet.

I kommune-Norge har logopedi primært vært organisatorisk knyttet til de pedagogiske tjenestene og vært gitt etter opplæringsloven. Samtidig vil logopedi være nødvendig for en del personer med behandlings- og rehabiliteringsbehov og kan da også inngå som helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det vil da være en tjeneste kommunen har plikt til å sørge for. Bergen kommune har organisert logopeder sammen med øvrige rehabiliteringstjenester, med mål om å sikre innbyggerne et mer helhetlig og tverrfaglig rehabiliteringstilbud.

OM FORSKNINGSMOTALEN

Forskningsomtalen er laget av Folkehelseinstituttets område for helsetjenester, i et samarbeidsprosjekt med Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Omtalen skal være til støtte for beslutningstakere i kommunenes helse- og omsorgstjenester.



Kunnskapskommunen
Helse Omsorg Vest

FORSKNINGSOMTALE

Kunnskapsgrunnet om effekten av kommunikasjonstrening for voksne med alvorlig utviklingshemming er mangelfullt.

Det er ikke nok forskning av god metodisk kvalitet for å si om kommunikasjonstrening bedrer kommunikasjon for voksne med alvorlig utviklingshemming. Det viser en systematisk oversikt fra 2012.

Bergen kommune ønsket å vite mer om effekten av logopedi for ulike diagnoser. Denne forskningsomtalen omhandler forskning på personer med alvorlig utviklingshemming og inngår i en mini-metodevurdering som ser på logopedi som nødvendig helsehjelp.

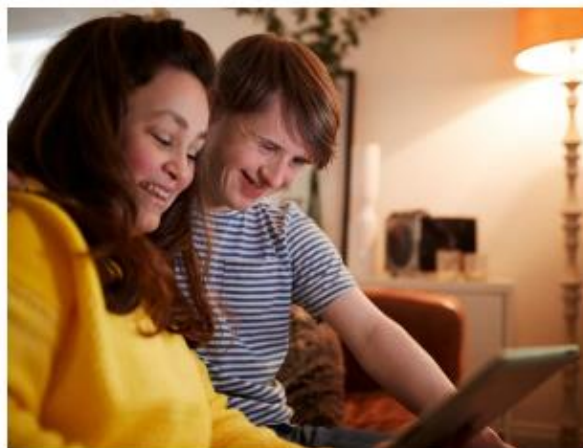
HOVEDBUDSKAP

Den systematiske oversikten vurderte tiltak for å bedre kommunikasjonen for voksne med utviklingshemming.

Resultatene viser at:

- Det er usikkert om ulike former for samhandling for voksne med utviklingshemming bedrer kommunikasjonsferdigheter.
- Det er usikkert om ulike tiltak for å forbedre talelyder for voksne med utviklingshemming bedrer kommunikasjon.
- Det er usikkert om ulike former for alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK) for voksne med utviklingshemming bedrer meningsfull kommunikasjon.

Den systematiske oversikten hadde flere metodiske svakheter i utførelsen og alle de inkluderte primærstudiene hadde svak metodisk kvalitet. Det betyr at det er nødvendig med mer forskning for å si om tiltaket har effekt eller ikke har effekt, tross at noen av de inkluderte studiene viste positive funn for noen av deltakerne



BAKGRUNN

Logopeder utreder og jobber med mennesker som har ulike former og alvorlighetsgrader av kommunikasjonsvansker. Eksempler på kommunikasjonsvansker er stemmевansker, språk- og talevansker, svelgevansker og taleflytvansker slik som stamming eller løpsk tale. Logopedi kan bidra til å utvikle eller gjenvinne viktige funksjoner ved medfødt eller ervervet sykdom, og vurderes i disse tilfellene som nødvendig helsehjelp.

Personer med utviklingshemming utgjør en mangfoldig gruppe med ulike utfordringer knyttet til språk, tale eller kommunikasjon. Disse utfordringene kan i mange tilfeller føre til forverret fysisk og mental helse. Å undersøke virkningen av logopedi for denne gruppen kan derfor være av stor betydning..

I kommune-Norge har logopedi primært vært organisatorisk knyttet til de pedagogiske tjenestene og vært gitt etter opplæringsloven. Samtidig vil logopedi være nødvendig for en del personer med behandlings- og rehabiliteringsbehov og kan da også inngå som helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det vil da være en tjeneste kommunen har plikt til å sørge for. Bergen kommune har organisert logopeder sammen med øvrige rehabiliteringstjenester, med mål om å sikre innbyggerne et mer helhetlig og tverrfaglig rehabiliteringstilbud.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Den systematiske oversikten inkluderte tre randomiserte kontrollerte studier (RCT) og syv innendeltakerstudier (single-case experimental design, SSED). Sistnevnte studiedesign karakteriseres ved at den enkelte deltaker fungerer som sin egen kontroll, dvs personen sine tidligere målinger blir sammenlignet med hverandre i stedet for sammenlignet med en kontrollperson. De inkluderte studiene var fra Storbritannia, USA og Israel. Deltakerne i ni av studiene var personer med alvorlig utviklingshemming, og den siste studien inkluderte personer med svært alvorlige lærevansker. Det var totalt 108 voksne deltakere, hvorav den minste studien hadde én deltaker og den største 36 deltakere. Sistnevnte var matchede par av omsorgsperson og person med kommunikasjonsproblemer. Kun halvparten av studiene oppga varigheten av tiltakene. Der det ble rapportert varte tiltakene fire uker til seks måneder. Antall sesjoner varte mellom åtte og 50 ganger med en varighet mellom 15 minutter og en time. Tre studier oppga at tiltaket var gitt av logoped. I de resterende studiene var tiltaket gitt av noen med 3 år eller lengre utdanning (profesjon var ikke spesifisert). Studiene var publisert mellom 1981 og 2019.

Fire studier med totalt 57 deltakere vurderte ulike former for samhandling, for eksempel «Individual sensory environments», gruppetrening med ulike strategier, intensiv samhandling og direkte eller indirekte tilnærminger. To av de fire studiene var RCTer. Alle studiene hadde lav metodisk kvalitet, og vi kan derfor ikke si med sikkerhet om tiltakene hadde effekt, selv om alle studiene rapporterte om økt sosialisering og kommunikasjon.

To studier, hvorav én var en RCT, vurderte tiltak gitt av logoped for å forbedre talelyder. Det var totalt 15 i studiene. Begge studiene hadde lav metodisk kvalitet, og vi kan derfor ikke si med sikkerhet om tiltakene hadde effekt, selv om begge studiene rapporterte bedret artikulering.

Fire studier vurderte ulike former for alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK). Tre studier brukte Picture Exchange Communication System (PECS) og en studie brukte Aided Language and Stimulation (ALS). Det var totalt 28 deltakere og alle deltakerne var sin egen kontroll. Alle studiene viste forbedring i meningsfull kommunikasjon for noen av deltakerne. Studiene hadde imidlertid lav metodisk kvalitet, og vi kan derfor ikke si med sikkerhet om tiltakene hadde effekt, selv om alle studiene rapporterte om bedret artikulering og kommunikasjon.

OM DENNE FORSKNINGSSOMTALEN

Bibliotekar gjennomførte søk etter systematiske oversikter i september 2023. Søket ble utført i syv helsefaglige litteraturlister, og forskere og oppdragsgiver var med i planleggingen av søket. I søket brukte vi søkeord for ulike typer logopedi (for eksempel speech therapy, speech pathology, swallowing therapy eller voice therapy) og søkene ble tilpasset den enkelte litteraturlisten.

Vi gikk gjennom 3239 unike referanser og vurderte 180 av dem i fulltekst. De seks mest oppdaterte og relevante systematiske oversiktene ble vurdert for metodisk kvalitet. I samarbeid med oppdragsgiver valgte vi hvilke systematiske oversikter som skulle omtales. Når vi oppsummerer studier og presenterer resultatene er det viktig å formidle hvor stor tillit vi kan ha til at resultatene gjenspeiler virkeligheten. Tilliten til resultatene kan være høy, middels, liten, eller svært liten. Jo høyere tillit, jo sikrere kan vi være på at effekten av et tiltak er riktig anslått. Hvis vi har svært lav tillit til resultatene kan vi ikke si om hvorvidt tiltaket er effektivt eller ikke. Vi skriver derfor at vi er usikre.

Omtalen er skrevet av Lillebeth Larun og Patricia SJ Jardim, søket er utført av Ingvild Kirkehei, alle fra område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. Forskningsomtalen er gjort på oppdrag fra Bergen kommune, Byrådsavdeling for eldre, helse og omsorg. Denne forskningsomtalen er en av tre forskningsomtaler som inngår i en mini-metodevurdering som skal brukes i arbeidet med å evaluere vedtatte kriterier for tildeling og prioritering av logopeditiltak.

KILDE

Wood S, Standen P. Is speech and language therapy effective at improving the communication of adults with intellectual disabilities?: A systematic review. *Int J Lang Commun Disord* 2021;56(2):435-50. DOI: 10.1111/1460-6984.12601

DEL 3:

Organisering i egen kommune

13. Er en eventuell innføring av tiltaket forankret på relevant ledernivå?

Tiltaket er allerede innført og forankret på ledernivå

14. Vil det ved innføring av tiltaket være særskilt behov for kompetanseheving av personalet, eventuelt nye ansettelser?

Dersom kriteriene for prioritering av brukergrupper justeres kan det medføre behov for endringer i faglig tilnærming og eventuelt behov for kompetanse.

15. Vil det ved innføring av tiltaket være behov for endringer relatert til arbeidstid, bemanning, arbeidsmiljø/sikkerhet e.l.?

Ikke aktuelt

16. Finnes det lokaler som er egnet til bruk for gjennomføring av tiltaket, eller er det behov for bygningsmessige endringer? Spesifiser.

Ikke aktuelt, tjenesten har nødvendige lokaler.

17. Hvordan vil andre kommunale tjenester (f.eks. sosial-, service- og/eller IT-tjenester) bli påvirket ved innføring av tiltaket?

Det er en antakelse om at logopeditjenesten kan være tydeligere overfor samarbeidspartnere med tanke på prioriterte brukergrupper og tiltak.

18. Hvordan vil innføring av tiltaket eventuelt påvirke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten eller andre eksterne tjenester?

Kommunen vil være tydeligere på hvilke grupper som er prioritert for kommunal logopedi, og da hvem som bør henvises til pedagogiske tjenester eller privatpraktiserende logoped. Dette kan gjøre fastleger og spesialisthelsetjenesten bedre i stand til å henvide bruker til rett tjeneste. Dette vil være tids- og ressursbesparende og gi bedre koordinerte forløp for brukerne.

19. Hvis innføring av tiltaket krever/fører til andre viktige organisatoriske endringer som ikke er dekket av spørsmålene over, kan dette føres opp i kommentarfeltet under.

Ikke relevant.

DEL 4:

Økonomiske aspekter

Det er ikke relevant med økonomiske beregninger i denne vurderingen. Det skal ikke innføres et nytt tiltak og det er ikke planlagt endring i dimensjonering av tjenesten (antall logopeder).

DEL 5:

Oppsummering og konklusjon

20. Gi en samlet vurdering av fordeler og ulemper ved innføring av tiltaket i kommunen:

	Fordeler	Ulemper
For pasienter	<p>Brukere som har behov for logopedi som nødvendig helsehjelp vil i større grad få hjelp i tide og tjenester av høy kvalitet.</p> <p>Brukere vil få stadfestet rettighetene sine for logopedi knyttet til nødvendig helsehjelp.</p> <p>Tilbudet om logopedhjelp fra kommunen blir mer forutsigbart for pasient, pårørende og andre samarbeidspartnere.</p>	<p>Dersom kriteriene for prioritering av brukergrupper justeres kan det oppleves negativt for brukere som ikke får logopedi som nødvendig helsehjelp. Disse brukerne kan henvises til privat logoped av sin fastlege.</p>
For pårørende	<p>Tilbudet om logopedhjelp fra kommunen blir mer forutsigbart for pasient, pårørende og andre samarbeidspartnere.</p>	<p>Dersom kriteriene for prioritering av brukergrupper til kommunal logopedi justeres kan det oppleves negativt for pårørende til brukere som ikke får for logopedi som nødvendig helsehjelp. Disse brukerne kan henvises til privat logoped av sin fastlege.</p>
For personell	<p>Tydelig prioritering av brukergrupper for logopedi, hvem som har rett på tjenester fra kommunal logoped som nødvendig helsehjelp.</p>	<p>Dersom prioritering av brukergrupper til kommunal logopedi justeres, kan det medføre behov for endring i dagens praksis/faglig tilnærming.</p> <p>Endringer av prioriteringer og faglig tilnærming kan oppleves som en ulempe, særlig i begynnelsen.</p>

	<p>Forskningsoppsummeringer styrker tjenesten med tanke på å levere kunnskapsbaserte tjenester. Kunnskapen er en styrke i kontakt med bruker, pårørende og andre utøvende tjenester som er usikre på tildeling og bruk av logopeditjenester.</p> <p>Kan føre til at tiltak knyttet til tjenesteutøvelse blir justert.</p> <p>Kunnskap om prioriterte brukergrupper kan belyse behovet for tverrfaglig samarbeid, få økt forståelse for logopedi som fag og rolle i helsetjenesten.</p>	
For kommunen	<p>Tydelig prioritering av brukergrupper.</p> <p>Forskning kan støtte opp tiltak/tjenester som kommunen allerede tilbyr og mulig bidra videre i forhold til prioritering og kvalitetsforbedring.</p>	
For spesialisthelsetjenesten	<p>Kommunen vil være tydeligere på hvilke grupper som er prioritert for tjenester fra kommunal logoped, og da hvem som bør henvises til kommunale pedagogiske tjenester eller privatpraktiserende logoped.</p>	[Skriv her]
Evt. andre	[Skriv her]	[Skriv her]

21. Er det sannsynlig at det foreslåtte tiltaket er like godt eller bedre enn dagens praksis?

- Ja
- Nei
- Usikkert

Ja: Gjennom kunnskapsoppsummeringen kan kommunen få belyst og søke støtte for vedtatte kriterier for hvilke brukergrupper som prioriteres for den kommunale logopeditjenesten.

22. Gi en oppsummering av de økonomiske konsekvensene for kommunen ved innføring av tiltaket:

Det er ikke relevant med økonomiske beregninger i denne vurderingen. Det skal ikke innføres et nytt tiltak og det er ikke planlagt endring i de økonomiske rammene for tjenesten.

23. Hva er din konklusjon på denne mini-metodevurderingen?

A) Ved vurdering av et eksisterende tiltak (dvs. dagens praksis)

- Tiltaket bør fortsatt være i bruk i vår kommune
- Tiltaket bør fases ut av vår kommune
- Annet

Bergen kommune vurderer søknader til kommunal logopedi ut ifra vedtatte kriterier for prioriterte brukergrupper. Brukergruppene i forskningsomtalen er blant prioriterte brukergrupper: personer med alvorlige traumatisk hjerneskade, eldre med demens og utviklingshemming. Vurderingene som er gjort for de tre brukergruppene er i tillegg til forskningsomtalen også basert på profesjonskunnskap og tjenestens erfaringer. Kommunen kan ikke se at forskningsomtalen taler for å gjøre endringer i praksis og kriterier for prioriterte brukergrupper. Kriteriene vil bli evaluert 1 år etter innføring

1) Vurdering av bruk av logopedi for personer med traumatisk hjerneskade.

Selv om det trengs det mer forskning for å være sikker på om opplæring av kommunikasjonspartnere har effekt, viser noen studier positive resultater for noen av deltakerne samt at behandling i en avgrenset periode med lav intensivitet kan være gunstig for personer med alvorlig traumatisk hjerneskade. Kommunen ser at det er et behov for å vurdere større involvering av pårørende i behandlingen. Dette kan ha god nytte for bruker og føre til god utnyttelse av kommunens logopedressurser. Kommunen vil vurdere om kunnskapen kan ha overføringsverdi til andre brukergrupper, hvor større grad av involvering av pårørende kan ha nytte for bedring av brukers kommunikasjon.

2) Vurdering av bruk av logopedi for personer med demens

Kommunen vurderer at logopedi kan gis som informasjon og veiledning til pårørende og kommunikasjonspartnere til personer med demens. Dette gjøres allerede i dag, samtidig bør kommunen få oversikt over praksis og strukturere tiltak for brukergruppen. Det er foreløpig få henvisninger fra denne brukergruppen til kommunal logopeditjeneste, dette kan være fordi andre deler av kommunens tjenesteapparat også ivaretar kommunikasjon.

3) Vurdering av bruk av logopedi for personer med utviklingshemming

Erfaringer i kommunen er at dette er en gruppe med komplekse behov og at logopedi bør være en del av det tverrfaglige teamet med spesialkompetanse som allerede er rundt bruker. Det er foreløpig få henvisninger knyttet til brukergruppen, noe som kan være et resultat av at andre som er tettere rundt brukergruppen ivaretar kommunikasjon.

Det bør utarbeides mer tydelig beskrivelse av hvilke type tilbud som skal gis denne gruppen av kommunal logoped, og klargjøre praksis og kommunikasjonstiltak for gruppen. Det må videre vurderes om det vil være behov for kompetanseheving for kommunale logopeder knyttet til brukergruppen..

24. Hvis tiltaket innføres i kommunen: Hvordan og hvor lenge skal metoden følges opp/monitoreres etter innføring? Spesifiser.

Kriteriene for prioriterte brukergrupper for kommunal logopedi vil bli evaluert 1 år etter at de ble innført. Tjenesten vil også bli fulgt opp som ledd i kommunens kontinuerlige oppfølging og kvalitetsforbedring av helse- og omsorgstjenestene, i tråd med aktuelle lover og forskrifter.

DEL 6:

Habilitet og signatur for deltagere

Alle som har vært aktive i å skrive minimetode-vurderingen har underskrevet en habilitetserklæring. Ingen har oppgitt interessekonflikter. Hvis ønskelig kan skjemaene fås av Lillebeth Larun.

Følgende personer har vært involvert i denne minimetode-vurderingen:

Lillebeth Larun (FHI)

Patricia Sofia Jacobsen Jardim (FHI)

Ingvild Kirkehei (FHI)

Elin Wathne (Bergen kommune)

Beate Haakonsen (Bergen kommune)

Therese Mathers (Bergen kommune)

Synnøve S. Alme (Bergen kommune)

Eileen Langedal (Bergen kommune)