

Sluttrapport for prosjektet «telelogoped»

Ledet av Sunnaas Sykehus

i samarbeid med:

Sykehuset Østfold

Indre Østfold kommune

Afasiforbundet

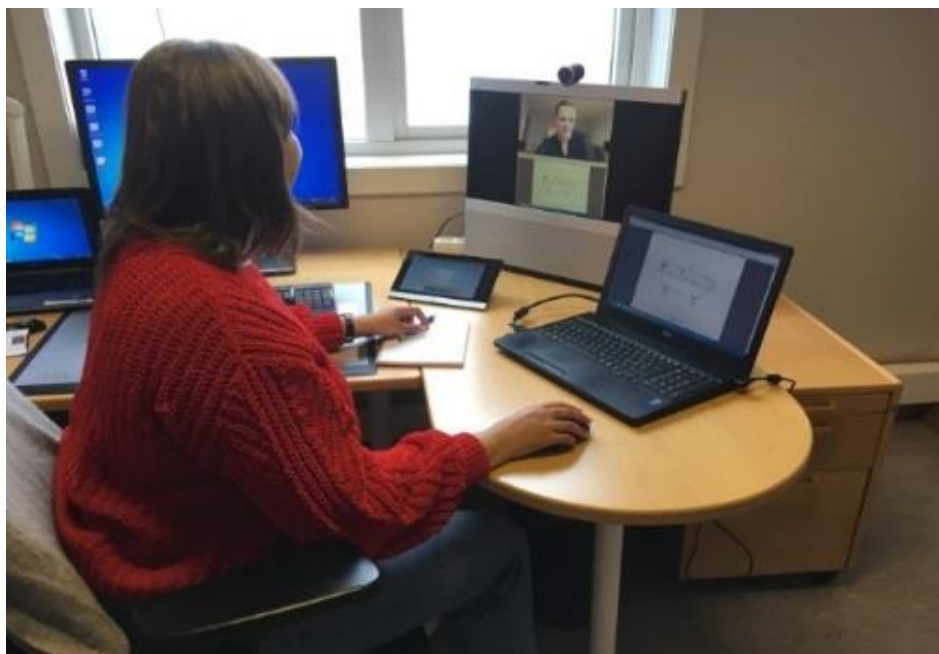
Universitet i Oslo,

Statped

Private logopeder og lokalt logopedlag

Prosjektleder og kontaktperson:

Sonja Erlenkamp (sonerl@sunnaas.no)



Innholdsfortegnelse

1. Hvorfor trengs telelogopedi?	3
1.1 Bakgrunn	3
2. Målsettingen med prosjektet	4
3. Mulige gevinster ved implementering av telelogopedi som klinisk tjeneste.....	4
3.1 Oppsummering.....	6
4. Gjennomføring	6
5. Resultater	7
5.1 Identifisering av målgruppen for telelogopedi ved afasi	7
5.1.1 Målgruppen ut ifra et strukturelt perspektiv:	7
5.1.2 Målgruppen ut fra et diagnostisk perspektiv	10
5.2 Oppsummering av behov for tjenesten	10
6. Arbeidspakke telelogopedtjenesten resultater fra arbeidsgruppen.....	10
7. Arbeidspakke teknologi, resultater fra arbeidsgruppen	11
7.1 Formål.....	11
7.2 Tilnærming.....	11
7.4 Resultater	12
7.5 Anbefaling.....	12
7.6 Videre anbefalinger framover	13
8. Arbeidspakke økonomi resultater fra arbeidsgruppen	14
8.1 Kostnader	14
8.1.1 Utstyrs kostnader	15
8.1.2 Lønnskostnader på telelogopedtjenesten.....	15
Spesialisthelsetjeneste	15
Private logopeder og kommunale logopeder.....	15
8.2 Inntekter	16
Spesialisthelsetjeneste	16
Private logopeder og kommunale logopeder.....	16
8.3 Kostnader vs. inntekter på telelogopedtjenesten.....	16
8.4 Oppsummering.....	17
8.5 Anbefalinger	17
9. Arbeidspakke logistikk, resultater fra tjenestedesign	17
9.1 Tilnærming.....	18
9.2 Oppsummering av tjenestemodellen.....	19
10. Anbefalinger	19

1. Hvorfor trengs telelogopedi?

Omlag 25% av alle ca. 10.000 hjerneslag i Norge per år medfører afasi: Språkvansker som innebærer vansker med å enten uttrykke seg muntlig og/eller forstå muntlig tale, samt lese- og skrivevansker. Metaanalyser viser at språktrening ved logoped er effektivt, med intensiv trening og tidlig oppstart etter skade som viktige faktorer for utfallet. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag anbefaler språktrening med en intensitet over korte perioder på over 5 timer per uke.

I Norge strever man med å tilby likeverdige, effektive og intensive språktreningstilbud til afasirammede. Det er spesielt utfordrende å tilby tilstrekkelig og kompetent språktrening i distriktene. I Afasiforbundets statusrapport «Logopeddekningen i Norges kommuner» fra 2019, svarte 63 % av kommunene at de ikke har logopedtilbud for voksne. De fleste kommunene tilbyr pasientene kun en til to timer språktrening per uke. Spesielt i små kommuner er det som regel kun én logoped, som betyr at tjenesten er sårbar og at det er vanskelig å bygge spesialkompetanse. Heller ikke i spesialisthelsetjenesten er språktreningstilbudet i tråd med de nasjonale retningslinjene. I sin rapport «Gap mellom praksis og ny retningslinje for hjerneslag 2018» finner Helse Sør-Øst sin Regional Kompetanseenhet for Rehabilitering (RKR) at det mangler logopeder flere steder og at nødvendig intensitet ofte ikke tilbys, selv der rehabiliteringsinstitusjonen eller sykehusavdelingen har logoped.

I sum fører dette til at språktreningstilbudet for afasirammede enten ikke foreligger eller ofte ikke er intensiv nok, og behandling er ulikt fordelt i landet avhengig av tilgang til logoped og deres kompetanse på afasi.

Studier av telelogopedi viser høy pasienttilfredsstilhet, bl.a. fordi pasienter kan spare tid og krefter når de mottar skreddersydd språktrening tilpasset egen hverdag rett hjem. Tjenesten passer ikke for alle pasienter, men for mange, noe som en doktorgradsstudie har vist (Prag Øra 2021)

Som et resultat av dette ble prosjektet «telelogoped» etablert med formål om å utvikle en bærekraftig og implementeringsklar tjenestemodell for behandling av Afasi med videokonferanse. Sunnaas sykehus HF har lang erfaring med utvikling og implementering av telerehabilitering og er samtidig et av landets mest kompetente miljøer når det gjelder afasi. I dette prosjektet er det etablert samarbeid med Afasiforbundet i Norge, Norsk Logopedlags lokallag Østfold Logopedlag (inntil det ble avviklet i midten av 2021), UiO, Statped, Sykehuset Østfold og Indre Østfold kommune.

1.1 Bakgrunn

Utviklingen av «Språktrening rett hjem» ved SUNHF startet med et pilotprosjekt finansiert av Extrastiftelsen Helse og rehabilitering i 2012. Resultatene la grunnlag for et større forskningsprosjekt finansiert av Helse Sør-Øst, Sunnaas sykehus HF og Universitet i Oslo. I en randomisert kontrollert studie med 62 pasienter undersøkte prosjektet gjennomførbarheten og effekten av språktrening levert ved videokonferanse i tillegg til ordinær språktrening (Prag Øra 2021). Gruppen som fikk telemedisinsk språktrening i tillegg til vanlig behandling hadde en signifikant større forbedring av språkfunksjonen enn gruppen som kun fikk vanlig behandling. Studien visste også en høy andel tilfredshet blant pasientene og med totalt 556,5 timer med språktrening per videokonferanse har vi fått omfattende erfaringer vedrørende tekniske aspekter, personvern og brukervennlighet. Forskningsresultatene og erfaringene gir grunnlag for et mer likeverdig og kvalitativt bedre tilbud for afasirammede.

For å ta steget videre fra prosjekt til ordinær klinisk praksis er det avgjørende med implementering av forskningsresultatene, både ved Sunnaas sykehus HF og ev. andre helseforetak, og i samspill med kommunene. I forbindelse med koronapandemien ble det gjennomført telelogopedisk behandling som en del av Sunnaas sykehus HF sitt tilbud, i tillegg til at mange logopeder utenfor Sunnaas

sykehus HF begynte å bruke videokonsultasjoner. Regjeringen la også til rette for det ved å tilby midlertidig nye takster for logopedi via video. I løpet av prosjekttiden ble det vedtatt at dette skulle videreføres fremover. I 2020 utviklet Sunnaas sykehus en internettside med veiledning og anbefalinger for telelogopedi:

[Språktrening på avstand - nettside med råd til logopeder - Sunnaas sykehus](#)

[Språktrening på avstand - Sunnaas sykehus](#)

1. Målsettingen med prosjektet

Målet med prosjektet var å utvikle en ny og bærekraftig tjenestemodell slik at telemedisinsk språktrening til afasirammende via videokonferanse kan innføres i større skala. Prosjektet skulle utvikle en tjeneste som imøtekommer et stort udekket behov for afasirehabilitering ved å tilby telemedisinsk språktrening til pasienter i eget hjem når det ikke er (tilstrekkelig) tilgang på logoped. Modellen er i tråd med Nasjonal helse og sykehusplan som spesifikt nevner bruk av videokonferanse som metode for å bringe spesialiserte helsetjenestene til pasientene.

Før prosjekt oppstart 1 januar 2021 ble det satt tre mål for prosjektet:

1. Ha kartlagt konkrete behov og utfordringer for behandlingsformen samt mulige økonomiske og andre gevinster ved en ny tjenestemodell.
2. Ha utviklet en tjenestemodell som imøtekommer behovene og løser utfordringene forbundet med klinisk drift i mest mulig grad.
3. Ha en ferdig utprøvd og implementeringsklar løsning for en modell for telelogopedisk språktrening som kan implementeres hos samarbeidspartnerne i prosjektet og være klar til spredning.

I tillegg var det forventet at flere av resultatene kunne overføres til andre telemedisinske tjenester, slik som krav til utstyr, helselogistikk rundt videotjenester og implementeringsanbefalinger.

2. Mulige gevinster ved implementering av telelogopedi som klinisk tjeneste

Telerehabilitering kan supplere eller erstatte tradisjonell ansikt-til-ansikt trening. Bruk av videokonferanse til å levere språktrening har et stort potensial mht. nytteverdi. Telelogopedi kan:

- gjøre rehabiliteringstilbudet mer tilgjengelig
- redusere reisetid for pasient/terapeut

Gevinstene kan deles inn i følgende områder:

- ⇒ Bruker – med dette menes gevinster/fordeler som prosjektets resultater vil ha for pasientene/pårørende/behandlere
- ⇒ Organisering/behandlingstilbud – med dette menes gevinster som prosjektets resultater vil føre til for helsetjenestens organisering og tilbud på behandlinger
- ⇒ Helseeffekt – med dette menes gevinster som prosjektets resultater vil kunne ha på pasientenes helse
- ⇒ Økonomi – med dette menes økonomiske gevinster som prosjektets resultater vil kunne ha for pasienten og/eller helsevesenet

Telelogopeditjenesten som skissert i tjenestemodellen vil kunne føre til følgende gevinster ved implementering:

Bruker:

1. pasient:
 - a. Lettere for pasienter å møte til timene, pasienter med fatigue/trettbarhet. Pasienten kan bruke sin energi på selve språktreningen fremfor reiseveien til og fra logopedkontoret. Dette kan utgjøre
 1. mer effektiv bruk av tid,
 2. lettere å møte til timer og
 3. med det også mer overholdelse for rehabiliteringen og timer pasienten bør ha.
2. Redusert reisetid og reisekostnader for pasient
→ Mer effektiv bruk av tid for pasienten
3. Ved at rehabiliteringen foregår over internett og databasert teknologi, muliggjør dette
 - a. trening i interaktive databaserte behandlingsprogrammer, videospill og sosiale medier.
 - b. rehabilitering som gjennomføres i vante omgivelser og muliggjør tiltak mer direkte knyttet opp mot pasientens hverdag og med sterkere involvering av pårørende.
 - c. oppmerksomheten kan også skjerpes ved at det blir fullt fokus på stimuli og materiale som blir presentert på skjermen.
4. terapeut:
 - a. Terapeuten kan tilby tjenester der de er, minsker reisetid for dem
 - b. Telelogopedi muliggjør trening i interaktive databaserte behandlingsprogrammer, videospill og sosiale medier som kan føre til mer tilgjengelig og standardisert material
 - c. Terapeuten kan spesialisere seg mer på å gi tilbud til Afasirammede gjennom tilgang til flere mulige klienter i en større region
→ terapeuten kan bli mer erfaren på afasibehandling

Organisering/behandlingstilbud:

- bedre tilgjengelighet av intensiv spesialtilpasset behandling (geografisk og tidsmessig):
Telelogopeditjenesten kan nå flere pasienter enn dagens organisering, som betyr:
→ rehabiliteringstimer pasienten bør ha, faktisk finner sted
→ pasienter kan få tidligere intervensjon, noe som anbefales for Afasibehandling
→ pasienter kan få mer intensiv intervensjon, noe som anbefales for Afasibehandling
- tjenestelevering via telelogopedi kan forbedre frekvensen og behandlingsintensitet til de som har behov for behandling
- bedre oversikt over tilgjengelige logopedressurser gjennom et nettverk av telelogopeder som bidrar til at akkuttavdelinger kan raskere og lettere finne logopeder med et (tele)logopedisk tilbud til afasirammede de skal skrive ut fra avdelingen.
→ få opp raskere tilbudet til pasienter i distriktene
- Forbedre logistikk rundt videobasert behandling generelt ved å gå å bruke anbefalinger fra prosjektets resultater på helselogistiske strukturer

Helseeffekt:

- Flere pasienter kan få nødvendig Afasibehandling gjennom telelogopedi og dermed forbedre språkevnen:
Et fungerende språk er et av de viktigste verktøyene i all sosial samhandling. Når språkevnen er dysfunksjonell som følge av hjerneslag hindrer dette pasienter i mange ulike deler av deres hverdag; det spenner fra deltakelse på jobb til samvær med sine barnebarn eller venner.

Pasienter med afasi får bedret språkevnen gjennom spesialisert logopedisk språktrening. Spesielt tidlig og intensiv intervensjon har blitt utpekt av forskning og er nevnt i Nasjonal retningslinje for slag som vesentlige faktorer til suksess i afasibehandlingen. Telelogopedtjenesten kan gi flere pasienter tidlig og tilstrekkelig intervensjon og dermed øker deres mulighet for bedring av språkevne.

Økonomisk:

- Helsevesenet (eller pasienten) trenger ikke å betale pasientreise
→ Dette fremstår kostnadseffektivt og samfunnsøkonomisk gunstig.

3.1 Oppsummering

Ved bruk av telerehabilitering kan man bedre tilgjengeligheten av behandling og/eller et rehabiliteringstilbud og legge til rette for kortere ventelister. En annen fordel er redusert reisetid og reisekostnader for pasient og terapeut. Dette fremstår kostnadseffektivt og samfunnsøkonomisk gunstig. Telerehabilitering kan optimalisere funksjonelle resultater ved å legge til rette for generalisering av behandlingseffekter i personers hverdagsmiljø. Telerehabilitering kan også gi mulighet for å skape en mer lik praksis og være et bindeledd mellom sykehusopphold og rehabilitering hjemme.

4. Gjennomføring

Prosjektet var planlagt å gå over 12 måneder i 2021, men ble grunnet pandemien forlenget med 6 måneder. Prosjektet ble i 4 faser i prosjektet:

- **Fase I – Utforske (måned 1-5)**

Originalplan: Finne og beskrive pasienter/pårørendes og behandlernes behov og ønsker, lære av tilsvarende tilbud (tjenesteyter, teknologi, økonomi), kartlegge eksisterende barrierer, fremmede faktorer og potensielle gevinster. Språktreningstilbudet (både med og uten telemedisin) observeres i praksis av en tjenstedesigner, der det gjennomføres workshops og spørreundersøkelser for å kartlegge behovet, tilbud og strukturer samt identifisere mulige barrierer. Eksisterende modeller for bruk av videokonferanse innen andre helsetjenester (f.eks. Tolkesentralen) vurderes.

Faktisk gjennomføring: På grunn av pandemien var det ikke mulig å gjennomføre fysiske møter i første halvdel av prosjektet. Som en konsekvens ble arbeidsmåten endret noe og det ble i starten opprettet 4 ulike arbeidspakker som ble jobbet med i hver sin arbeidsgruppe:

- logopedtjeneste
- teknologi
- økonomi
- helselogistikk

De tre første arbeidsgruppene for pakkene hadde digitale møter gjennom hele første tertialet og funn fra disse er skissert nedenfor. Fra og med april startet samarbeidet med tjenstedesigner og dermed helselogistikkpakken, også dette digitalt.

- **Fase II – Avgrense (måned 6-7)**

Originalplan: Kategorisere og identifisere hovedfunn fra fase I for videre arbeid, ved å velge fokus, utvikle og spisse en tjenstemodell egnet for tale- og språktrening via videokonferanse basert på resultatene fra fase I.

Faktisk gjennomføring: Etter to workshops med tjenstedesigner ble det skissert et forslag til tjenestemodell som er beskrevet i sluttrapporten, anbefalinger for de ulike delene er oppsummert under hver av arbeidspakkene.

- **Fase III – Utprøve (måned 8-11)**

Originalplan: Etablere første modell for ny tjeneste og prøve ut elementer sammen med andre institusjoner og kommuner i regionen (Sykehuset Østfold, kommuner i Østfold-området). Samle erfaringer og justere modellen. Prøve ut justert modellen i en proof-of-concept.

Faktisk gjennomføring: Det ble besluttet å gjennomføre to ulike utprøvinger, én med fokus på hvilket utstyr som egner for bruk med pasienter med Afasi og én med fokus på å teste selve tjenestemodellen. Test I ble gjort med 3 afasirammede og det ble prøvd ut 3 ulike utstyrsoppsett, Test II ble gjort som to ulike løp: ett løp med slagavdelingen på Sykehuset Østfold som henviste til privat logoped i samråd med kommune, og ett løp det slagavdelingene på AHUS og OUS ble bedt om å henvise til telelogoped på Sunnaas sykehus. Begge testene, blir beskrevet i detalj i delrapport III og delrapport V.

- **Fase IV – Levere (måned 12)** Lage rapport med planer for implementering på Sunnaas sykehus sykehus og spredning til andre interesserte HF.

5. Resultater

Det ble gjort en grundig gjennomgang av flere aspekter ved telelogopedi for afasirammede som vi ønsker å gjøre tilgjengelig for andre. Imidlertid mener vi at det er viktig å spisse selve rapporten til resultater som direkte beskriver våre anbefalinger, en kort skisse av mulige barrierer vi har identifisert og forslag til implementering slik at hovedbudskapet ikke drukner i for mange detaljer. Vi har derfor valgt å legge en del av informasjon som vi har samlet i delrapporter.

Delrapportene følger de ulike arbeidspakkene som prosjektet har identifisert og gjennomført:

1. Beskrivelse av pasientgruppen (delrapport I)
2. Logopedtjenesten ved telelogopedi (for afasirammede) (delrapport II)
3. Bruk av utstyr for telelogopedi for afasirammede (delrapport III) og test av utstyr (delrapport III)
4. Økonomiske systemer ved telelogopedi (delrapport IV)
5. Kartlegging av helselogistikk rundt en telelogopedisk tjeneste (delrapport V)

5.1 Identifisering av målgruppen for telelogopedi ved afasi

5.1.1 Målgruppen ut ifra et strukturelt perspektiv:

Som innledningsvis beskrevet er hovedårsaken til manglende behandlingstilbud for afasirammede en mangel på afasikompetente logopeder, ikke minst i distriktene. Når det kommer til logopeddekningen i kommunene og tilbudet pasientene får etter utskrivelse er det store ulikheter mellom kommunene. I en undersøkelse gjennomført av *Afasiforbundet* i 2019 ble det avdekket at bare 37 % av kommunene oppgir at de har logoped som jobber med voksne. Det angis videre at kommunene har lite oversikt over privatpraktiserende logopeder som jobber med voksne. 43 % av kommunene oppga at de hadde oversikt over hvor mange afasirammede søkte oppfølging av logopedtjeneste og 22 % av kommunene hadde oversikt over hvor mange personer som faktisk mottok hjelp av logopedtjenester kommunen selv tilbyr. Uten en oversikt over privatpraktiserende logopeder kan man risikere at ledig kapasitet står utbrukt og at afasirammede ikke får behandling de har behov for (*Afasiforbundet*, 2019). Manglende oversikt over behov for tjenesten utgjør også en

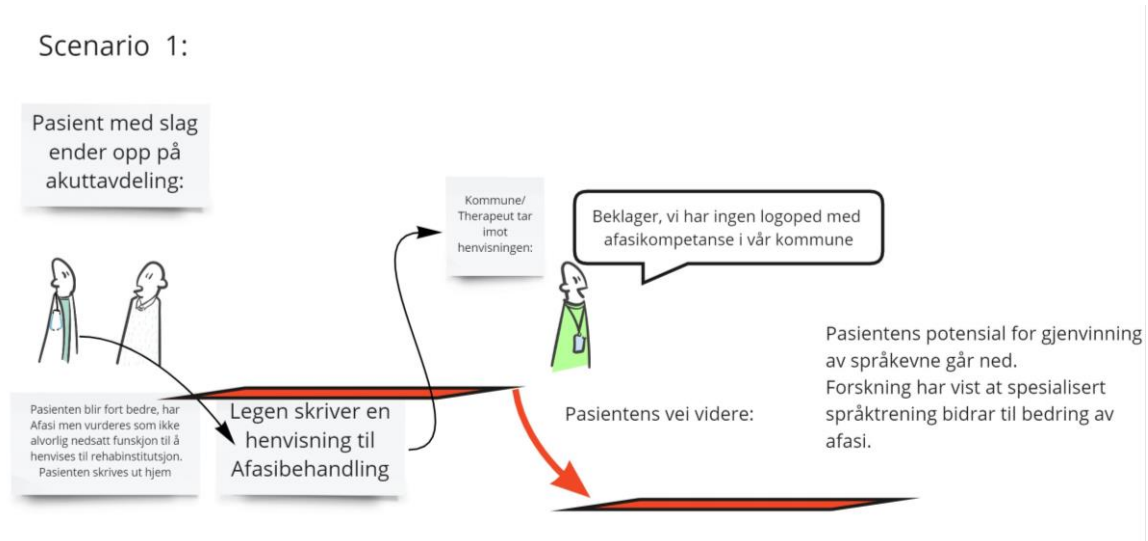
betydelig utfordring. Personer med afasi er i en særlig sårbar situasjon når det kommer til å orientere seg om tilbud i sin kommune og hvilke rettigheter de har. Ved at kommunene har ulike systemer for å få behandling, eks. voksenopplæring, kontaktperson i kommunen, privatpraktiserende logoped dekket av Helfo, kan det være vanskelig for den afasirammede å navigere med ervervede kommunikasjons-/språkvansker. Om den afasirammede blir utskrevet fra sykehus uten plan for videre rehabilitering som innbefatter språk blir de ofte avhengig av pårørende eller andre omsorgspersoner for å komme i gang med trening.

Vår anbefaling er derfor at ved opprettelse av et telelogopedisk tilbud etableres det også et norsk nettverk av telelogopeder som gir større oversikt over tilgjengelige logopedressurser, hvor i landet de befinner seg og i tillegg kan føre til en mer enhetlig tilnærming på telelogopedi samt å støtte logopedene i å utvikle tjenesten i felleskap og basert på forskning.

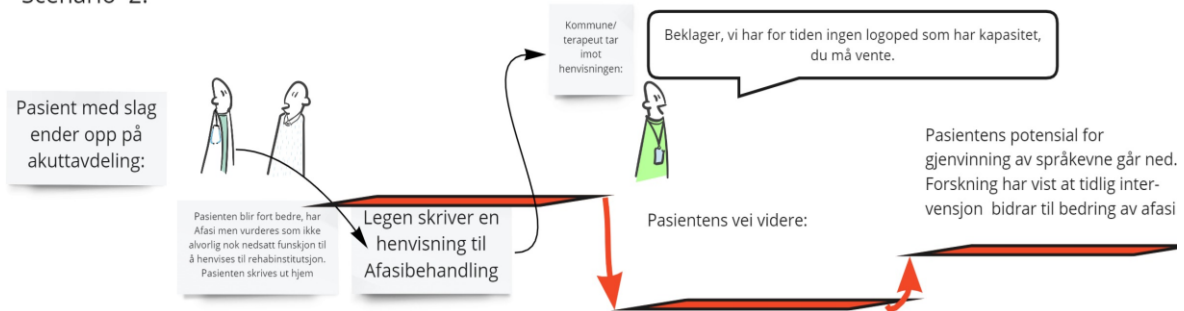
I utgangspunktet ønsket vi å fange opp alle pasienter som trenger afasibehandling, men ikke får et intensivt (nok) tilbud. Prosjektet har sett på ulike scenarier der det oppstår et hull i afasibehandlingen for pasienter og identifisert følgende scenarier med pasienter fra akuttavdelinger der tilbudet er mangelfullt eller ikke tilstedeværende:

1. Pasienter som er utskrevet av akuttavdelinger med «bare» afasi og ikke får rehabiliteringsplass og som
 - a. er hjemme der det er mangel på lokal logoped eller
 - b. der lokal logoped kun kan tilby lav intensitet

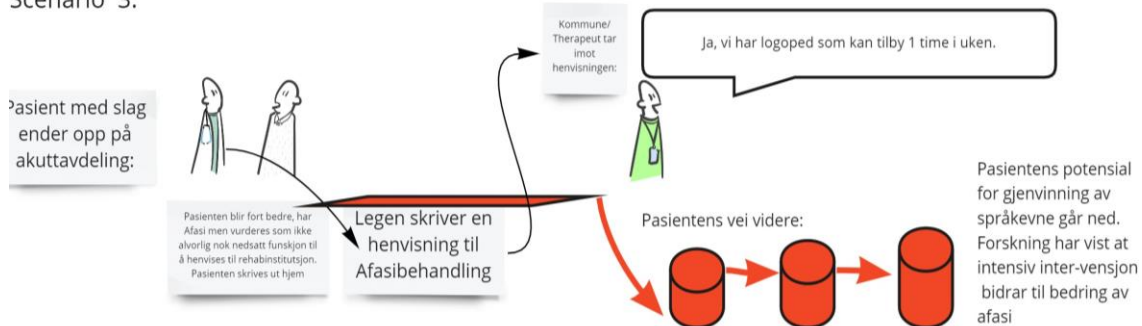
Scenariene kan da skisseres som følger:



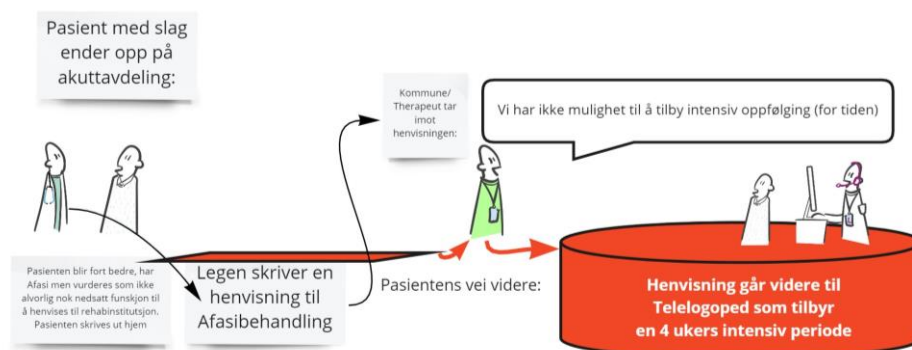
Scenario 2:



Scenario 3:



Prosjektet har sett på scenariene og kommet frem til at et tilbud for et kortvarig, intensivt program for telelogopedi vil kunne avhjelpe my av situasjonen:



Gjennom kartleggingsarbeidet kom vi frem til at pasienter tilknyttet akutt slagbehandling på slagavdelinger på sykehusene vil være et naturlig startsted for videreutvikling av tjenesten, da disse er enkle å identifisere og man her allerede har gode kontakter inn mot spesialisthelsetjenesten.

Forskning har vist at tidlig, intensiv intervensjon i en avgrenset kortere periode har god effekt for gjenvinning av språkevnen for pasienter med Afasi. Vi mener derfor at et telelogopedisk intensivt

program over fire uker med om lag fem timer i uken vil kunne avhjelpe effekten av logopedmangel for alle tre scenarier, til og med der pasienten ikke får videre oppfølging etter telelogopedisk intervensjon.

Vår anbefaling er derfor at det tilbys et slikt intensiv 4 ukers program via telelogopedi til de afasirammede som ikke kan få et tilsvarende opplegg via en lokal logoped i fysiske møter.

Spørsmålet er av hvem og hvordan tjenesten skal tilbys til pasientene.

Siden det ser ut til å være mange pasienter som per i dag ikke får et tilstrekkelig språktreningstilbud, må tjenesten tilbys av mange aktører. Sunnaas sykehus, som en del av spesialisthelsetjenesten, kan være en aktør som gir tilbud til de mer utfordrende/komplekse pasientene.

I tillegg til større klarhet i hva tjenesten innebærer og hvem man bør starte med, er noen av de viktigste funnene fra prosessen knyttet til to fokusområder områder som har stor betydning for logistikken til tjenesten

- Valg av teknisk løsning har store konsekvenser for implementering og adopsjon av tjenesten
- Organisering mellom lokale ressurser og telelogopedtjenesten er avgjørende for en vellykket tjeneste

5.1.2 Målgruppen ut fra et diagnostisk perspektiv

Utover å definere målgruppen basert på strukturelle kriterier som logopedmangel, bør det også tas hensyn til hvem tilbudet er egnet for utfra et diagnostisk perspektiv.

Tidligere prosjekt har vist at de fleste pasienter med afasi, uavhengig av type, kan ha utbytte av et telelogopedisk tilbud (som vist i doktoravhandling; Prag Øra 2021). Dette er spesielt viktig siden vi ønsker å gi et tilbud til de som ikke får tilstrekkelig logopedisk oppfølging av organisatoriske og strukturelle årsaker i helsevesenet.

Timene bør være interaktive med mye kommunikasjon mellom terapeut og pasient, praktisk utprøving av diverse kommunikasjons oppgaver, og refleksjon rundt disse. I tillegg vil pasienten kunne få noen oppgaver til egentrening.

Det vi trenger er en modell som favner løsninger som fungerer for de fleste afasirammede. Det kan da være lurt å ta utgangspunkt i de ulike vansker pasientene har, og metoder og ikke minst fordeler ved å levere tjenesten digitalt.

5.2 Oppsummering av behov for tjenesten

Manglende fagpersoner, manglende kompetanse om afasi, utilstrekkelig oppfølging og oversikt over logopeddekninger er årsaken til et utilstrekkelig behandlingstilbud for mange afasirammede.

Dette kan løses ved at det utvikles en tjenestemodell for telerehabilitering som involverer et nettverk av telelogopeder.

6. Arbeidspakke telelogopedtjenesten resultater fra arbeidsgruppen

Telelogopedi er et nytt felt som først under pandemien har fått litt større oppmerksomhet til tross for utprøving av og forskning på telelogopedtjenester i Norge siden 2012. Det medfører noen utfordringer når en slik tjeneste skal implementeres i større skala. Prosjektet har identifisert tre områder innenfor logopedtjenesten som må justeres ved bruk av telelogopedi:

1. Logopedens kompetanse på bruk av videokonferanseløsninger og tilpasninger av behandling for digital samhandling
2. Logopedens trygghet på kartlegging av hvem tjenesten egner seg for
3. Egnet material for behandling via telelogopedi

For nærmere utredning på de tre punktene se delrapport II «Arbeidspakke telelogopedi»

Arbeidsgruppen har drøftet de ulike punktene og mener at Norge er klar for å levere Afasibehandling telelogopedisk til pasienter i målgruppen som drøftet over. Imidlertid ser vi behovet for å støtte logopedenes faglige utvikling på området og vil derfor gi følgende anbefaling:

Under ledelse av Afasiforbundet og Sunnaas sykehus HF (som har lengst erfaring med telelogopedi i Norge) opprettes det et norsk nettverk for telelogopeder som møtes jevnlig for erfaringsutveksling, utvikling av rutiner rundt telelogopedi, spredning og eventuelt utvikling av egnet material. Nettverket bør også på sikt utvikle en standard for levering av telelogopeditjenester som sikrer en mer enhetlig tjeneste. Dette kan for eksempel innebære kompetansekrav hos logopeden, prosedyrer for kartlegging av pasientens egnethet for tjenesten og forslag til material.

7. Arbeidspakke teknologi, resultater fra arbeidsgruppen

7.1 Formål

Prosjektet skulle se på hvordan teknologi og utstyr kan inngå som del av en bærekraftig telelogopedtjeneste i klinisk drift.

7.2 Tilnærming

Det ble identifisert ulike områder som påvirker teknologidelen av en telelogopedtjeneste, som er:

- Utstyrsoppsett til behandler
- Utstyrsoppsett til pasient
- Logistikk for utstyrsreisen
- Opplæring (pasient) i bruk av utstyr
- Strukturer utover utstyr: nettverkstilkobling

Prosjektet så på disse ulike delene for å identifisere mulige barrierer og løsninger for å tilby en bærekraftig tjeneste. I tillegg er det en viss avhengighet i hvem som tilbyr tjenesten (logoped i spesialisthelsetjenesten, privat logoped eller kommunal logoped), mht. hva som kan forventes tjenesten kan tilby.

Den største faktoren i en implementering av tjenesten er hvilket utstyrsoppsett man velger, fordi det vil påvirke alle de andre punktene, unntatt nettverkstilkobling. Prosjektet valgte derfor å se på egnethet av ulike utstyrsoppsett for tjenesten.

7.3 Gjennomføring

Siden det ble brukt et utstyrsoppsett med fjernstyring som fungerte bra i forskningsprosjektet på telelogopedi til Hege Prag Øra et al (2021) var det naturlig å se på dette utstyrsoppsettet som et alternativt. Imidlertid er bruk av oppsettet nokså kostbart både på innkjøp og logistikk på grunn av bruk av utlåns-pc med fjernstyring og tilleggsutstyr (se delrapport på økonomi). Prosjektet valgte derfor også å se på to andre alternativer (PC uten fjernstyring og nettbrett).

- Prosjektet skisserte tre alternative utstyrsoppsett: Enkelt (nettbrett), middels (PC) og avansert oppsett (PC med fjernstyring)

- Prosjektet gjennomførte to utstyrsevalueringer for de tre alternative tekniske oppsettene
 - o Evaluering 1: Intern innledende utprøving der logopeder testet alternativene
 - o Evaluering 2: Utstyrstest med pasienter der det ble tilbud behandling via de ulike utstyrsoppsettene
- Evaluering 1 ble gjennomført som åpen utprøving med identifisering av behov, barrierer, muligheter og nye ideer.
- Evaluering 2 ble gjennomført med spørreskjema for logopeden, intervju med pasienten og med skjema fylt ut av en observatør tilstede i pasientens hjem (masterprosjekt)

7.4 Resultater

- Generelt: Nettverkshastighet er avgjørende for kvaliteten på videosamtalen, og alle tekniske oppsett bør arbeide for å optimalisere nettverkskvalitet for å sikre kvalitet i tjenesten.
- Utstyr for pasienten: Det så ikke ut til å være nødvendig å tilby det mest avanserte oppsett til alle pasienter, men at det må gjennomføres individuelle vurderinger ut fra pasientens behov og kompetanse.
- Utstyr for logopeden: Logopedene uttrykte nytte av å benytte to skjermer, samt at de kunne utføre mer variert trening der det ble benyttet fjernstyring (avansert oppsett).

7.5 Anbefaling

Valg av utstyr, pasient:

- Det bør gjennomføres en vurderingssamtale først med fysisk oppmøte, der det gjøres en vurdering av hvilken tilbudspakke som er aktuell. I vurderingssamtalen kartlegges pasientens funksjon, tilgang og erfaring med pc eller nettbrett, digitale kompetanse, hjemmesituasjon inkludert pårørende eller andre aktørers mulighet for å bistå, og eventuelt behov for utlånsutstyr.
- Pasienter som vurderes egnet, og som tilgang til eget utstyr, har digital kompetanse selv eller kan få bistand, kan bruke eget utstyr. Dette for å sikre skalerbarhet av tjenesten og bruk av utstyr pasienten er komfortabel med fra tidligere.
- Pasienter som vurderes til å ha behov for forenklet tilgang til tjenesten med bruk av fjernstyringsverktøy eller ikke har noe utstyr, tilbys utlåns-PC med fjernstyringsverktøy og eventuelt tilleggsgutstyr som mikrofonhøytaler ved behov, eventuelt tilbud om lån av nettbrett. Dette for å sikre likeverdig tilgang til helsetjenesten ut fra pasientens behov. Opplæring og utlevering av utstyr skjer fortrinnsvis i forbindelse med vurderingssamtalen som anbefales å gjøres med fysisk tilstedeværelse, helst med en pårørende tilstede. Siden dette er en ny tjeneste og det mangler fremdeles kunnskap om hva slags utstyr som er egnet for hvilken type diagnose/pasient har prosjektet tatt høyde for at det kan oppstå situasjoner der alle aktuelle pasienter i ett tidsrom trenger avansert utstyr og beregnet kostnader for deretter.

Alternativer for utstyrsvalg:

- Teknisk oppsett bør bestå av ulike «tekniske tilbudspakker» til pasienten
 - o Tilbudspakke 1: Nettbrett (ipad) (lånt eller eid av pasienten) med nødvendig opplæring og logistikk der det trengs
 - o Tilbudspakke 2: pasientens egen PC med nødvendig opplæring
 - o Tilbudspakke 3: PC med fjernstyringsverktøy (+ eventuelt mikrofonhøytaler og eventuelt 4 G- ruter) med nødvendig opplæring og logistikk der det trengs

Valg av utstyr, logoped:

- På logoped siden anbefales bruk av videokonferanse bordenhet i kombinasjon med pc, alternativt pc med to skjermer og bruk av kablet nett. Dette pga av optimalisering av spesielt nettverkskvaliteten, da språktrening bør ha minst mulig teknisk forsinkelse for å få best mulig flyt i samtalen. Grundig opplæring av logopeder i bruk av teknisk oppsett, fjernstyring og navigering er nødvendig.

7.6 Videre anbefalinger framover

Prosjektet ser stort behov for at det utvikles en tjeneste som har en enklere brukergrensesnitt for pasienter slik at flere pasienter kan logge seg på uten hjelp.

I tillegg bør det også utvikles såkalte asynkrone løsninger i språktreningstilbudet som kan kombineres med videokonferanse.

Derfor anbefaler prosjektet at det utvikles en nettside/portal for språktrening som kan fungere som en digital møteplass, med enkel og sikker pålogging, tilgang til tilpasset informasjon, digitalisert materiell («materialbank»), treningsoppgaver, muligheter for monitorering av framdrift og skriftlig dialog mellom pasient og logoped. Hensikten bør være at både pasient og logoped kan få en god oversikt over utviklingen. Det er ønskelig at logopeden skal kunne gi tilbakemeldinger og oppmuntringer, samt å kunne tilpasse innholdet og egentreningsoppgavene etter den enkeltes behov. Prosjektet ser at mulighet for fjernstyring er en vesentlig suksessfaktor for en del pasienter, da pasienten kun trenger å skru på utstyret for å deltatt. Det bør derfor ses på om det finnes tekniske og juridiske muligheter for å kunne benytte fjernstyring på privat utstyr, innen en personvernmessig forsvarlig ramme.

Utfordringen på grunn av mangel på egnet digital samhandlingsverktøy mellom pasient og logoped ser arbeidsgruppen på som løsbart i fremtiden ved å konkret jobbe med å utvikle løsninger. Vår anbefaling er:

1. Det søkes om midler for å utvikle en slik løsning som eventuelt skal legges på prosessplattformen som HSØ utvikler
2. Arbeidsgruppen anbefaler at det utvikles en materialpakke som er datavennlig og lett å tilpasse pasientene, der det skal være mulig å generere kombinasjoner av oppgaver utfra søkeord. Det trengs også noe som brukeren kan bruke selvstendig eller med andre for å komme opp i nødvendige antall språktimer. Det hadde derfor vært ønskelig med et system som også muliggjorde for asynkron aktivitet. Om denne plattformen også har mulighet for gruppetilbud der man eks. kunne gjennomført CIST-språktrening (kortspill) hvor behandler har et type kontrollpanel med oversikt over hva alle pasientene har av kort for å kunne hjelpe hver enkelt. Lignende har blitt gjort i et pilotprosjekt i Australia (Hill et al). I mellomtiden utforskes konkrete krav for en slik løsning ved hjelp av studenter innen IKT og design. Løsningen ha en mulighet for at behandler kan skreddersy slik at det pasient ser er tilpasset deres behov.
3. Arbeidsgruppen anbefaler at Sunnaas sykehus har et overordnet ansvar for å holde oversikt over tekniske muligheter og for å bidra til videre utvikling og innovasjonssamarbeid rundt videokonferanseløsninger, fjernstyringsløsninger med mere sammen med aktuelle samarbeidspartnere.

Virtuelle verdener: Det finnes allerede digitale løsninger som er i tidlig fase, eks. Eva-park som er en multi-bruker online virtuell verden som gir personer med afasi muligheten til å praktisere språk og utvikle sosiale kontakter. Det lages en avatar som går rundt i virtuelle lokaler som eks. butikker, restauranter, frisør, bar og disko.

VR: Gruppen har videre vært inne på tanken om VR-briller og hvordan det kunne eventuelt blitt tatt i bruk i behandlingen, det er utviklere i Finland som har fokus på afasi og synsvansker.

Hologram: Gjennom prosjektperioden hadde Sunnaas sykehus en avtale med firmaet Holocare om å teste ut en hologram for behandleren, der behandler vil være synlig for pasienten som helfigur ikke bare som på skjerm, og muligens også omvendt. Denne løsningen ble testet i noen workshop som en del av teknologitestning i prosjektet og den jobbes videre med fra firmaets side.

8. Arbeidspakke økonomi resultater fra arbeidsgruppen

Målet med arbeidspakke økonomi var å

- Identifisere ulike kostnader ved en telelogopedtjeneste
- få en oversikt over eksisterende finansieringssystemer på logopedi og
- skissere hvordan modellen kan passe inn i eksisterende systemer.

Arbeidsgruppen så på:

1. Kostnader
2. Inntekter
3. Driftsregnskap

Logopedens behandlings- og administrasjonstimer utgjør – ved siden av utstyrsposten – den største økonomiske posten i telelogopedi. I Norge er det i utgangspunktet tre ulike systemer som gjelder for behandling av afasirammede via logoped, avhengig av hvem som tilbyr behandlingen.

Gjennomgangen av de enkelte delen er beskrevet i delrapport IV Økonomi. Her presenterer vi bare konklusjonen.

- Private logopeder
- Logoped som behandler i spesialisthelsetjenesten
- Logoped som underviser i voksenopplæring i kommunen

Denne oppdelingen har konsekvenser for hvordan logopedene er finansiert og totalkostnadene av tjenestene for de ulike tilbyderne.

8.1 Kostnader

Arbeidsgruppen identifiserte følgende kostnadsbærende deler:

- telelogopedens og andres arbeidsinnsats. Ved siden av selve behandlingstiden med logopeden omfatter dette også:
 - logopedens tid for administrasjon, oppfølging av pasienter med mer,
 - material for behandling
 - tid og ressurser brukt på helselogistikk for oppsettet,
 - som registrering i systemer,
 - planlegging av behandlingen med pasienten,

- drift av eventuelt utstyr:
 - eventuelt utkjøring og installering av utstyr hos pasienten hjemme samt henting etterpå,
 - opplæring i bruk av utstyr,
 - desinfisering og oppbevaring av utstyr i etterkant av behandling.
- eventuelle kostnader for implementering
 - innkjøp av material
 - innkjøp av utstyr
 - tilrettelegging av rom egnet for videokonferanse for telelogopen
 - ekstra arbeidsinnsats for endring i arbeidsprosesser

8.1.1 Utstyrs kostnader

Arbeidsgruppen har gjort en beregning med 25 pasienter per år som grunnlag, der hver pasient får tilbud om 4 ukers intensivprogram.

Totalt får vi da en utstyrs kostnad på ca. kr 107 000 for både logoped og pasient. Dette tilsvarer ca. NOK 36 000 per år når vi beregner 3 års levetid. Dette tilsvarer en utstyrs kostnad pr pasient på ca. 1400 NOK.

Den anslagsvise beregningen over viser at implementeringen av en telelogopedisk tjeneste vil føre med seg en viss oppstartskostnad, men sett over 3 år og pr pasient er kostnadene betydelig lavere. For Sunnaas sykehus sin del er mye av anskaffelsene allerede gjort gjennom tidligere prosjekter og utprøvinger og dermed vil oppstartskostnadene være lavere. For andre helseforetak er det mulighet for å søke om spredningsmidler hos Helse Sør-Øst for å implementere samme tjeneste hos seg.

8.1.2 Lønnskostnader på telelogopedtjenesten

Spesialisthelsetjeneste

Med utgangspunkt – som i beregningen av utstyrs kostnadene – i 25 pasienter per år som får et intensivt 4 ukers program med 5 timer i uka vil lønnskostnader, og basert på en årslønn for logopen på kr. 550 000, vi lønnskostnadene inkludert tilleggskostnader (sosiale avgifter mm.) være kr 341 538 . I denne kostnadsberegningen inngår også noen lønnskostnader for andre yrkesgrupper (sekretær, teknisk støtte, overlege), og det er tatt hensyn til ferie og for logopen 10 timer per uke for andre oppgaver enn pasientbehandling og dokumentasjon.

Private logopeder og kommunale logopeder

Det var ikke mulig for arbeidsgruppen å komme frem til like gode anslag på kostnadssiden for private logopeder og logopeder ansatt i kommunen. Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i at tilbud av telelogopedi med hensyn til kostnader på logopen i utgangspunktet ikke er ulik behandling der pasienten og logopen er i samme rom. Dokumentasjon og administrasjon ser heller ikke ut til å være av betydelig forskjell. Videre kan man ta utgangspunkt i et noenlunde likt lønnsnivå.

Imidlertid er det forskjell mellom kostnader forbundet med reise. Hos private logopeder er det ofte pasientens ansvar å reise til logopen, mens det for voksenopplæringen er vanlig i mange kommuner at logopedene reiser rundt. Pasienter får ofte dekket reisen sin via Pasientreiser slik at sparte reiseutgifter i mindre grad gir gevinster for private logopeder, mens kommuner ofte hadde spart penger om de etablerer et digitalt tilbud, spesielt i kommuner der det er lange avstander.

8.2 Inntekter

Spesialisthelsetjeneste

Økonomisk refusjon i spesialisthelsetjenesten styres etter ISF modellen (InnsatsStyrt Finansiering). Refusjon forutsetter godkjent søknad om utvidelse av tilbudet til Helsedirektoratet.

En beregning av ISF-inntekter for telelogopedtjenesten i spesialisthelsetjenesten om man skulle gi behandling i 4 ukers intensivprogram til 25 pasienter per år, konkluderer med at – avhengig av om tilbudet kodes som enkeltstående konsultasjoner eller poliklinisk program, inntekter vil være på enten kr 1 080 700 (893 200 ISF-inntekter pluss 187 500 inntekter fra egenandeler) eller kr 415 375 (406 000 ISF-inntekter pluss 9 375 inntekter fra egenandeler). Det er ikke helt entydig hva som er riktig måte å kode på, dette bør undersøkes nærmere.

Private logopeder og kommunale logopeder

For private logopeder refunderes behandling ved videokonferanse med samme beløp som behandling ved fysisk oppmøte, dvs. at begge behandlingstyper er i takstsystemet likestilte (under forutsetning om at det ved telelogopedi er gjennomført et fysisk møte først).

Når det gjelder kommunene tilbyr noen kommuner afasibehandling som del av sitt voksenopplæringstilbud, men ikke alle. Der det er en voksenopplæringsordning er logopeder fast ansatt på lik linje som lærere og tilbyr undervisning innenfor de timene de har til rådighet. Kommunene får ikke noe refusjon for logopedvirksomhet, og utgiftene dekkes fra kommunenes budsjett.

8.3 Kostnader vs. inntekter på telelogopedtjenesten

Konklusjon på logopeder i spesialisthelsetjenestens: behandlingskostnader og inntekter i forhold til et bærekraftig tilbud på telelogopedi

For et telelogopedisk program for 25 pasienter per år med 4 ukers telelogopedisk intensivbehandling (5 timer per uke der behandling er på 45 minutter og dokumentasjon på 15 minutter) vil kostnadene være på kr. 36.000 per år for utstyr og kr. 341 538 for lønnskostnader, dvs. totale kostnader på kr. 377 538 per år. Forutsatt godkjenning ved Helsedirektoratet, vil programmet utløse en inntekt (ISF pluss egenandeler) på kr 415 375 eller 1.080.700, dvs. at anslag for ISF-inntektene spriker betydelig avhengig av kodemåten.

I sum vil dermed et slikt program gå med kr 37 837 eller kr 703 162 i overskudd, dvs. et sprik fra et nok så lite til et betydelig overskudd. Riktig kodemåte må avklares videre.

Konklusjon på private logopeders behandlingskostnader og inntekter i forhold til et bærekraftig tilbud på telelogopedi

Når lønnskostnader og inntekter gjennom refusjon kan anses som like for behandling ved fysisk oppmøte og telelogopedi, er det kun utstyrs kostnader og ev. reiseutgifter som skiller. Som nevnt synes det ikke å være spesielt vanlig at private logopeder reiser til sine klienter, slik at det ikke vil være nevneverdige gevinster her.

Oppsummert er det dermed kun utstyrs kostnader, her beregnet til ca. kr 36.000 per år for 25 pasienter, som tilkommer som ekstra kostnader for private logopeder. Dette anslaget er imidlertid basert på at alle pasienter har behov for avansert utstyr, noe som vanligvis ikke vil være tilfelle.

Konklusjon på logopeder ansatt i kommune: behandlingskostnader og inntekter i forhold til et bærekraftig tilbud på telelogopedi

Når lønnskostnader – som anses som like for behandling ved fysisk oppmøte og telelogopedi – uansett dekkes av kommunene, er det kun utstyrs kostnader og ev. reiseutgifter som skiller.

Som nevnt er utstyrs kostnader her beregnet til ca. kr 36.000 per år, noe som tilkommer som en ekstra kostnad for kommunal telelogopedi. Dette anslaget er imidlertid basert på at alle pasienter har behov for avansert utstyr, noe som vanligvis ikke vil være tilfelle.

Samtidig kan det være en mulighet for kommuner å unngå kostnader i forbindelse med at logopeder reiser til pasientene (både reiseutgifter og ikke minst lønnskostnader under reiser). Kommunene bør derfor se på om logopedtilbudet de har ansvar for kan dekkes bedre ved bruk av telelogopedi enn som er mulig i dag med ansikt til ansikt tjenester.

8.4 Oppsummering

Lønnskostnader utgjør hovedutgiften ved telelogopedi, der en logoped i 50 % stilling vil kunne gi ca. 25 pasienter per år et intensivt 4 ukers språktreningsprogram med 5 timer (45 minutter ren behandlingstid) per uke til en kostnad på ca. kr 340 000. I tillegg kommer kostnader for utstyr til ca. kr. 36.000 per år – noe som er et heller høyt anslag der man tar utgangspunkt i at alle pasienter som deltar i programmet har behov for avansert utstyr.

Ulike finansieringssystemer for ulike typer logopeder gjør at regnskapene blir noe forskjellige:

- I spesialisthelsetjenesten vil et slikt telelogopeditilbud som nevnt over kunne gjennomføres med kr 37 837 eller kr 703 162 i overskudd, avhengig av kodemåte som brukes – og som må avklares nærmere. Refusjon forutsetter godkjent søknad om utvidelse av tilbudet til Helsedirektoratet.
- For private logopeder er refusjonen lik for fysisk behandling og telelogopedi, slik at det oppstår ekstra utgifter for utstyr på kr. 36.000 per år.
- Også for telelogopedi i regi av kommuner (voksenopplæring) vil det være ekstrakostnader for utstyr på kr. 36.000 per år som påløper, men her vurderes det å være muligheter for mindre utgifter knyttet til reisetid av logopeder.

8.5 Anbefalinger

1. For at telelogopedi skal være økonomisk gjennomførbart i spesialisthelsetjenesten må tilbudet inngå i ISF ordningen. Dette er det nødvendig at det søkes om, og det bør gjøres. Samtidig bør det søkes en nærmere avklaring av riktig kodemåte.
2. For andre helseforetak som ønsker å implementere tjenesten hos seg, anbefaler vi å søke om spredningsmidler fra HSØ.
3. For private logopeder likestiller Helfo-takstene telelogopeditjeneste med behandling via fysiske møter. Imidlertid er det kostnader forbundet med utlånsutstyr, som må bæres av den private logopeden; eventuelt kan det jobbes for noe økt sats på takstene eller investeringsstøtte på annen måte.
4. Kommuner bør se på om logopedtilbudet de har ansvar for kan ivaretas bedre ved å ta i bruk telelogopedi; i tillegg til bedre tilgjengelighet kan dette gi gevinster gjennom reduserte kostnader i forbindelse med reiser av logoped.
5. For Sunnaas Sykehus anbefaler vi konkret at det søkes om godkjenning i ISF ordningen for telelogopedi og at tjenesten settes i gang når denne foreligger med 25 pasienter per år.

9. Arbeidspakke logistikk, resultater fra tjenestedesign

Hensikten med arbeidspakke helselogistikk var å ikke fokusere på selve behandlingen, men systemet rundt, med tanke på f.eks. registrering av pasienter som trenger telelogopedi, distribusjon av utstyr, håndtering av henvisninger og involvering av andre deler av primær, spesialist, kommunal eller privat

helsetjeneste. Siden det har blitt gjort to tidligere prosjekter på telelogopedi i Norge, derav et doktorgradsprosjekt, er spørsmålet om implementering av telelogopeditjenesten ikke lenger om den vil gagne pasienter, men hvordan en slik tjeneste kan bli behovsstyrt og bærekraftig i klinisk drift. Helselogistikken rundt en slik tjeneste var dermed ett av de viktigste delene i prosjektet å vesentlig område å se på.

Prosjektet har brukt følgende tilnærming for å utvikle en modell for helselogistikken i en telelogopeditjeneste:

9.1 Tilnærming

- Det ble gjennomført to workshoper med tjenestedesignere (begge var på grunn av pandemien digitale) med formål om å:
 - Skissere eksisterende helselogistiske strukturer som må inngå i en telelogopeditjeneste, samt finne barrierer og hull i eksisterende strukturer for en bærekraftig tjeneste (workshop 1)
 - Skissere en modell for helselogistikken som danner grunnlaget for hele tjenestemodellen (workshop 2)
- Det ble gjort intervjuer med utvalgte faggrupper for å skissere deres rolle i tjenesten og logistikken rundt det), intervjuene ble gjort med:
 - Logopedene
 - E-helse koordinering/videoteam
 - Helsesekretær

I tillegg ble det gjort to intervju med koordinator fra telemedisinsk sårbehandling for å hente erfaringer derfra. Telemedisinsk sårbehandling er en tjeneste i drift på Sunnaas som også baserer seg på telemedisin og som ligner en del på tjenesten prosjektet skulle lage en modell for.

Senere i løpet ble det også gjennomført en samtale med tolkesentralen som kunne dele erfaringer på å tilpasse videokonsultasjoner med pasienter med språkbarrierer.

- Det gjennomført en utprøving av tjenestemodellen i små skala som om den var i drift

Følgende barrierer ble identifisert som noe som må jobbes med for implementering av tjenesten:

- Valg av og ansvar for utstyr og distribusjon når tjenesten skal nå ut bredt geografisk, vi valgte å se på dette i et egen arbeidspakke (delrapport teknologi)
- Internprosesser - oppstart, registrering og henvisning av pasient
 - fastleger/leger på akuttavdelinger kjenner ikke til tilbudet eller ikke forstår det godt nok til å anbefale det til pasienter i målgruppen
 - ⇒ det må gis kort, presist og tilstrekkelig informasjon om tilbudet
 - Hvilket ansvar ligger hos telelogopeden og hvilken hos lege mht. til å vurdere pasientens egnethet til å delta i telelogopedisk behandling?
 - ⇒ Gjennom workshop II ble det tydelig at ansvaret bør ligge hos telelogopeden
 - Hvordan kan vi unngå at vurderingen av pasienten fører til at pasienten må vente lenge på å få vite om de får tilbud?
 - ⇒ Denne utfordringen ble skissert under workshop I, men under utprøvingen var det i realiteten ikke en stor utfordring. Når pasienten ble henvist til telelogopedi gikk det ca. 1 uke før behandlingen var i gang. Det som var en større utfordring var å sikre at vi fanget opp de av pasientene som ble skrevet ut av akuttavdelinger og IKKE hadde et tilbud for afasibehandling å gå til. Her må det jobbes med klare oppfølgingsrutiner under implementering.

- Hjemmebesøk og teknisk installasjon
 - Kan man unngå hjemmebesøket for utstyrsinstallasjon?
 - ⇒ Denne utfordringen kom opp under workshop II, men ble ikke veldig relevant i utprøvingen. Det var kun en pasient med mild Afasi som ikke hadde fysisk oppmøte og det fungerte bra. Siden pasientene gikk fra akuttavdelinger til enten hjem eller en annen helseinstitusjon ble det vurdert som best å ha vurderingssamtalen (om mulig med pårørende) fysisk med telelogopeden. Der ble utstyret utlevert til pasienten og noe opplæring gitt til pasienten og pårørende. Det ble også tydelig at en avsluttende fysisk samtale, der pasienten leverer inn utstyret, er ønskelig. Dette fungerer selvsagt best der avstandene ikke er for store. Om utstyr må fraktes og hentes til og fra pasienten gjenstår spørsmålet:
Hvem eier denne oppgaven? Bør den tilhøre hjemkommunen, Sunnaas eller en helt annen aktør, f.eks. hjemmetjenesten?
=> her er vår erfaring fra utprøvingene og andre videotjenester at det er avhengig av infrastrukturen der pasienten bor, dvs. det må gås opp veier i de ulike kommunene for å få dette systematisk på plass. Prosjektet har regnet med returkostnader for utlånsutstyr i sin kostnadsberegning.

9.2 Oppsummering av tjenestemodellen

Prosjektet har kommet frem til en tjenestemodell som ser ut som følger:

Telelogopedi bør inngå som del av et helhetlig behandlingstilbud for Afasi i Norge. Telelogopedi skal ikke erstatte eksisterende tilbud, men fange opp manglende tilbud på grunn av logopedmangel.

Dette gjelder:

1. Pasienter med Afasi som er skrevet ut av akuttavdelinger og ikke får et språktilbud eller et tilbud som ikke er intensiv nok ifølge nasjonale anbefalinger i første sub-akutt fase på grunn av manglende logopedressurs.

Pasienten skal henvises fra akuttavdeling til telelogoped som foretar en vurdering i en vurderingssamtale om telelogopedi er et egnet tilbud for vedkommende basert på et sett med kriterier (se overfor).

Når pasienten oppfyller kriteriene bør det tilbys vedkommende intensiv behandlingsprogram med (prosjektet har sett på 4 uker med opptil 5 timer i uken, men behovet kan variere for pasientene. Tjenesten kan også komme i tillegg til annen behandling som ikke er intensiv nok, men da gjøres tilsvarende mindre. Tilbudet omfatter også en teknologivurdering av pasientens behov, eventuell tilbud om utstyr og opplæring i det.

I slutfasen av tilbudet skal logopeden i samråd med pasienten (og eventuelt andre helsetilbydere pluss pårørende) legge en plan for videre oppfølging der det er ønskelig. Logopeden sørger for at planen kan settes i gang ved å kontakte de ansvarlige for videre oppfølging.

10. Anbefalinger

Basert på erfaringene vi har gjort i utprøvingene foreslår vi følgende implementeringsplan:

- Det implementeres et telelogopedisk program i to ulike løp:

- a. Pasienter som ikke får (intensivt nok) logopedisk tilbud etter akuttbehandling av slag med afasi til (privat)telelogoped. Modellen fungerte bra i Østfold og det er foreslått å innføre det først der og så spre det til andre kommuner der mulig.
 - b. Utvalgte pasienter med spesielle behandlingsbehov som ikke får (intensivt nok) logopedisk tilbud og der det ikke finnes (privat) telelogoped i kommunen. Telelogopedi på Sunnaas sykehus foreslås som en integrert del av digital poliklinikk. Det må søkes om ISF godkjenning for dette programmet (se delrapport økonomi).
- Begge løpene har følgende rammer til felles:
 - a. Logopedtjenesten gir tilbud om 4 ukers intensiv oppfølging (5 timer per uke) med telelogoped for afasirammede etter de er skrevet ut fra sykehus hjem til egen kommune
 - b. Det gjøres en fysisk vurderingssamtale (der det er mulig) av telelogopeden med pasienten (og pårørende) der det blir vurdert om pasienten er egnet for opplegget og utstyrsvurdering foretatt.
- Ansvar for det tekniske oppsettopplæring, innstallering, vedlikehold må etableres før oppstart, etter utprøvingene foreslår vi følgende:
 - a. For private logopeder i kommunen der pasienten bor foreslår vi at telelogopeden har hovedansvaret og at vurderingssamtalen settes opp som fysisk møte sammen med pasienten og pårørende der også utstyret blir gjennomgått og utlevert til pasienten. Vi foreslår også en avsluttende samtale fysisk mellom telelogoped og pasienten/pårørende der utstyret blir levert tilbake.
 - b. I tilfellene der pasienten er for langt unna eller for dårlig til å kunne forsvare fysisk oppmøte, foreslår vi å trekke inn pasientens bokommune (e-helse koordinator/velferdscoordinator) og å involvere pårørende der det er mulig.
 - c. I Sunnaas sykehus sitt tilfelle vil ansvaret for videoutstyr ligge hos e-helse koordinator på Sunnaas som skal delta i vurderingssamtalen.

Vi mener Sunnaas burde i utgangspunktet først og fremst ha en veiledende og ledende rolle i denne prosessen fremfor å være prioritert tilbyder av tjenesten. Vi mener Sunnaas bør ta ansvar for intern opplæring i telelogopedi samt tilbyr opplæring eksternt i avgrenset omfang som for eksempel:

- a. Sunnaas gir implementeringshjelp ved konkret rådgivning der tjenesten skal innføres av andre. Overstiger dette et fåtall timer tilbys det som betalt oppdrag.
- b. Sunnaas utvikler og vedlikeholder et digitalt opplæringstilbud sammen med relevante samarbeidspartnere der foredrag og praktiske råd filmes og legges ut på nett.
- c. 3. Sunnaas tilbyr en fast hospiterings- og utprøvingsdag som vi har hatt på annen teknologi, der interesserte kan melde seg på.

Grunnene til denne anbefalingen er:

- a. Sunnaas er per dags dato ledende i Norge på Afasi og telelogopedi og har et fagmiljø med høy kompetanse på området.
- b. Sunnaas har allerede lang erfaring med å levere helsetjenester over video og har utarbeidet blant annet en veileder som inneholder klare rutiner for sikring av personvern mm.
- c. Sunnaas har et eget videoteam med høy kompetanse på område, og det ble tilsatt en e-helsekoordinator i 2021 som skal blant annet jobbe med tilrettelegging av videotjenester. I denne ressursen ligger det en kompetanse som en telelogopedtjeneste i Norge kan dra nytte av, pluss at det ligger en mulighet her for å samkjøre ulike videotjenester og etablere fellestrukturer sammen med kommuner mm.

Likevel mener vi at Sunnaas også bør tilby telelogopedi. En veiledende rolle fra Sunnaas sin side forutsetter også at kompetansen også blir brukt og vedlikeholdt ved å tilby telelogopedi. Sunnaas sykehus som spesialsykehus i rehabilitering bør ha et tilbud til utvalgte undergrupper av afasirammede som har behov for sykehusets spesialkompetanse, f.eks.:

- Pasienter som sykehuset allerede er i kontakt med, f.eks. pasienter som har vært innlagt til et primæropphold, eller pasienter som venter på tilbud fra sykehuset.
- Barn/ungdom med afasi.
- Yngre pasienter som skal tilbake til arbeidslivet eller til omsorgsoppgaver for barn/ungdom.
- Pasienter med større / mer alvorlige vansker.