

Svenska Logopedförbundets synpunkter på remissversionen av Nationella riktlinjer för vård vid stroke, artikelnummer 2017-5-13

Nationella riktlinjerna för vård vid stroke med inriktningen mot evidensbaserade åtgärder och stöd för prioriteringar och resursfördelning är ett ytterst viktigt dokument. Arbetssättet med att först publicera en remissversion där samtliga intressenter kan inkomma med synpunkter välkomnas av Svenska Logopedförbundet (Slof), som härmed tar tillfället i akt att lämna synpunkter på dokumentet. Dessa synpunkter avser de logopediska insatserna.

Slof håller till fullo med om att mer resurser behöver tillföras strokesjukvården och riktar då särskild uppmärksamhet mot rehabiliteringsfasen. I dagsläget kan strokepatienter med behov av insatser avseende kommunikation, språk och logopediska aspekter av sväljning erbjudas mycket begränsat omhändertagande, både i tidig fas men framför allt vad gäller i sen fas. Det är därför med glädje vi ser, att Socialstyrelsen rekommenderar intensiv språklig träning vid afasi samt kommunikationspartnerträning för närstående till personer med afasi och tilldelar dessa åtgärder en hög prioritetsgrad (prioritet 3). Slof kan däremot inte hålla med Socialstyrelsen i framräkningen av det antalet logopedtjänster som behöver skapas för att tillgodose dessa insatser. Socialstyrelsen räknar med en lägre andel personer som får afasi efter stroke än vad som anges i andra källor (Laska et al 2001). Siffror från Riksstrokek enkäter får också ses som opålitliga då risken för ett systematiskt bortfall av respondenter är påfallande just på grund av språknedsättning. Vidare antar Socialstyrelsen i sina uträkningar, att

samtliga personer med afasi redan idag får ta del av lågintensiv träning, vilket tyvärr är långt ifrån sanningen. Därför är diskrepansen mellan mängden träningsinsatserna som ges idag och det ökade behovet vid intensiv träning mycket större än vad Socialstyrelsen räknat med. Slof bedömer vidare, att behovet av kommunikationspartnerträning är större än vad Socialstyrelsen räknat med. Detta är en åtgärd som är aktuell för i stort sett varje enskild person med afasi och är inte kopplat till huruvida intensiv språklig träning är aktuell. Behovet av kommunikationspartnerträning är dessutom ännu större för de patienter som inte klarar att delta i intensivträning, då kommunikationen är än mer beroende av omgivningens stöd. Det är heller inte realistiskt att förutsätta att en heltidsarbetande terapeut, logoped eller annan hälsomedicinsk personal, genomför behandling med patienter 8 timmar per arbetsdag utan sannolikt snarare 5-6 timmar per dag. Även detta påverkar siffran för det antal logopedtjänster som behöver skapas. Slof medverkar gärna till att ta fram nya underlag vad gäller totalt antal afasipatienter och antal i behov av intensiv språklig behandling, som stöd för beräkningen av det antal logopedtjänster som behöver skapas för dessa ändamål.

Sväljsvårigheter drabbar många patienter i akut skede efter stroke. Beroende på mätillfälle och metod varierar incidensen mellan 43 % - 80 % (Perry & Love, 2001). Slof välkomnar rekommendation vad gäller ytterligare instrumentell kartläggning av sväljförmågan men saknar rekommendationer avseende behandlingsinsatser och beräkningar kring vad detta skulle innebära i behov av resursförstärkning. Alternativ och/eller kompletterande nutrition via sond eller PEG är ofta en tillfällig behandling medan ätande via munnen på ett så säkert sätt som möjligt många gånger kräver behandlingsinsatser under lång tid. Logopeder är den yrkesgrupp som är mest kompetent att arbeta med både bedömning och behandling av svårigheter med ätande och sväljning. Även inom det här området behövs således en uträkning av hur behovet av utökat antal logopedtjänster ser ut. Sväljningssvårigheter är ett potentiellt livshotande tillstånd och prioriteras därför av logopeder inom strokevården. Detta förklarar delvis varför personer med afasi inte får bedömning och behandling i större utsträckning. De begränsade logopedresurserna går åt till omhändertagandet av sväljsvårigheter. Slof befarar att denna resursförskjutning kommer att fortsätta om riktlinjerna inte tydligt uttalar behov av logopedresurs beräknat på insatser vad gäller sväljsvårigheter.

Slutligen vill Slof uppmärksamma Socialstyrelsen på ett grundläggande missförhållande gällande personer som får insatser via hemsjukvård eller vårdas på äldreboenden. Efter projektet "primärvård-äldreomsorg-samverkan" 1978 infördes kunskapsprincipen, d.v.s. landstingen ansvarade för åtgärder som krävde medicinskt utbildad personal, kommunen för de som krävde socialt utbildad. Denna princip frångick man sedan i och med Ädelreformen 1992, då rehabiliteringsresurser flyttades över från landsting till kommun *dock inte vad gäller logoped*. Personer på äldreboenden samt personer med hemsjukvårdsinsatser, som har behov av rehabiliteringsinsatser avseende kommunikation, språk och sväljning har allt sedan dess diskriminerats eftersom logopedresurserna i allmänhet fortfarande endast är knutna till sjukhus och därmed mycket svårtillgängliga för personer med ofta omfattande funktionsnedsättningar. Det förefaller som om Socialstyrelsen i de aktuella riktlinjerna åter bortser från att det finns ett stort antal personer på äldreboenden, som bl.a. på grund av stroke inte får tillgång till logopedinsatser de behöver. Slof hävdar, att även dessa personer ska räknas in i patientunderlaget för beräkningen av antalet logopedtjänster som behöver skapas, både inom landsting/regioner men framför allt i kommunerna.

För Svenska Logopedförbundet



Ulrika Guldstrand

Ordförande

0706 - 796737

ulrika.guldstrand@logopedforbundet.se

Referenser

Laska, A. C., Hellblom, A., Murray, V., Kahan, T., & Von Arbin, M. (2001). Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *Journal of Internal Medicine*, 249, 413-422. doi: 10.1046/j.1365-2796.2001.00812.x

Perry, L., & Love, C. P. (2001). Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia*, 16(1), 7-18.

