

Afasirehabilitering i Norge

Kommunale rehabiliteringstilbud til afasirammede. En kvantitativ undersøkelse av de afasirammedes tilgang til logopedisk rehabilitering i hjemkommunen

Irmeli Katariina Oraviita



Masteroppgave i spesialpedagogikk

Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

10.11.2008

SAMMENDRAG

Tittel

Oppgavens overordnede tittel er ”Afasirehabilitering i Norge”. Undertittelen beskriver problemstillingen ”Kommunale rehabiliteringstilbud til afasirammede. En kvantitativ undersøkelse av de afasirammedes tilgang til logopedisk rehabilitering i hjemkommunen.”

Bakgrunn og formål

Epidemiologiske undersøkelser tyder på at forekomsten av hjerneslag i Norge er 15 000 tilfeller per år. I de nærmeste 20 år forventes det at insidensen kan øke med 50 % til ca 25 000 nye hjerneslag årlig. Man regner med at ca 5000 personer får afasi hvert år. I tillegg lever det per i dag ca 20 000 personer med afasi i Norge. Med økende innsidens vil antallet afasirammede kunne komme opp til ca 8000 nye tilfeller årlig i 2030. Afasi kan i forskjellig grad ramme produksjon og forståelse av tale og lese- og skriveferdigheter. Afasi er en vedvarende tilstand som i tillegg til å redusere kommunikasjonsevnen også kan svekke den rammedes evne og mulighet til et fullverdig liv og livsutfoldelse. Formålet med oppgaven er å skaffe en landsdekkende oversikt over om, og i så fall hvor stor andel, av de afasirammede kan få et kommunalt tilbud i sin hjemkommune, og hvordan kommunene løser sin lovpålagte oppgave med å kunne tilby afasirammede logopediske tjenester.

Problemstilling

Denne oppgaven belyser temaer knyttet til afasirehabilitering som et kommunalt versus privat tilbud, hvilken kapasitet de kommunale tilbudene har og hvordan de afasirammede har tilgang til logopediske rehabiliteringstilbud. Videre kartlegges tilbudenes kvalitet og omfang og kommunenes oppfatninger av det juridiske og økonomiske ansvaret for å gi et tilbud til afasirammede. Oppgaven tester også hypotesen om at kommuner med høyt antall innbyggere oftere enn kommuner med lavt antall innbyggere har et kommunalt tilbud, og at kommuner med lavt antall innbyggere oftere enn kommuner med høyt antall innbyggere bruker private tilbud.

Metode

Siden formålet med undersøkelsen var å samle inn informasjon fra et stort antall analyseenheter, ble den kvantitative forskningsmetoden *survey* valgt som metode. Spørreskjemaene ble distribuert elektronisk via e-post fordi dette var det raskeste og rimeligste alternativet. Det ble ikke benyttet utvalg, men hele populasjonen ble inkludert i undersøkelsen.

Dataanalyse

Dataanalysen baserer seg på 270 besvarte spørreskjema fra 230 forskjellige kommuner. Analysene ble gjennomført ved hjelp av Excel programvare med hovedsakelig deskriptive statistiske analyser. For evaluering av signifikans ble det benyttet Pearsons chi-square for nominale variabler.

Resultater

Mindre enn halvparten av de 230 kommunene som responderte, oppga at kommunen har kommunalt ansatte afaologoper. Litt flere enn to tredjedeler av de 123 kommunene uten afaologoper brukte RTV finansiering. Bruk av privatpraktiserende logoper med oppgjørsavtale med NAV er mest brukt i små og mellomstore kommuner, og kommunalt ansatte afaologoper som løsning er vanligst i store og mellomstore kommuner. De aller fleste kommunene organiserer tilbudene gjennom utdanningsvirksomheten.

Konklusjon

Den kommunale rehabiliteringskapasiteten er for liten i forhold til behovet. Rehabiliteringskapasiteten kan sikre ca 960 av de som rammes av afasi, et kommunalt tilbud, mens ca 3700 nye afasirammede ikke får et kommunalt tilbud på minimum tre timer opplæring per uke som er behovet for å oppnå god rehabilitering. Det mangler ca 560 afaologoper i 100 % -stillinger i Norge for å kunne tilfredsstille rehabiliteringsbehovet til alle nye afasirammede årlig. Resultatene viser at det er signifikant forskjell mellom kommuner klassifisert etter antall innbyggere med hensyn til bruk av enten private eller kommunale løsninger.

FORORD

Bakgrunnen for denne oppgaven ligger noen år tilbake i tid. Ideen om å kartlegge hvordan det logopediske rehabiliteringstilbudet for voksne afasirammede fungerer i kommunene i Norge, oppsto som et resultat av en uformell samtale mellom meg og nestlederen i Afasiforbundet i Norge, Toril Fiva, en gang i løpet av høsten 2004. Denne samtalen dreide seg om hvor viktig det ville vært å dokumentere det som så mange afasirammede, pårørende og logopeder som arbeider med afasirammede opplever; tilbudene i kommunene er dårlig utbygd og de afasirammede får ikke den opplæringen de i henhold til opplæringsloven har rett til. Prosjektet som førte til denne oppgaven, ble finansiert med Extra-midler fra Helse og Rehabilitering med Afasiforbundet i Norge som søkerorganisasjon.

Under arbeidet med utforming av spørreskjema og gjennomføring av datainnsamlingen har jeg fått verdifull inspirasjon og gode råd spesielt fra Toril Fiva, lederen i Afasiforbundet Ingjerd Haukeland og Afasiteamet ved Bredtvet ved Margit Corneliussen. Jeg vil takke alle de logopeder og ledere i utdanningsvirksomheten rundt om i Norge som har tatt seg tid til å svare på undersøkelsen og dermed bidratt til at en landsdekkende dokumentasjon på hvordan det logopediske rehabiliteringstilbudet for voksne afasirammede fungerer i kommunene.

En stor takk til min kjære Kjell-Gunnar for språkvask og korrekturlesing.

Sist men ikke minst takker jeg min veieleder Melanie Kirmess for tålmodighet, oppmuntring og vel plasserte kritiske spørsmål under arbeidet med dataanalysen og systematisering av resultatene.

Irmeli Katariina Oraviita

Universitetet i Oslo, November 2008.

INNHOOLD

SAMMENDRAG	i
FORORD	iii
INNHOOLD	iv
1 INNLEDNING	1
1.1 INTRODUKSJON	1
1.2 FORMÅLET	3
1.3 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSING.....	3
1.4 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING	6
2 TEORETISK BAKGRUNN	7
2.2 AFASI	7
2.2.1 <i>Insidens og prevalens av afasi i Norge</i>	9
2.2.2 <i>Insidens av afasi i kommuner</i>	10
2.3 LOGOPEDISK REHABILITERING AV AFASI.....	10
2.3.1 <i>Rehabilitering av språk- og taleferdigheter</i>	11
2.3.2 <i>Sakkyndig vurdering og rehabiliteringsplan</i>	12
2.3.3 <i>Effektiv og intensiv rehabilitering</i>	13
2.3.4 <i>Behovet for logopediske tjenester for afasirammede</i>	14
2.3.5 <i>Kapasiteten i opplæringstilbudet til afasirammede</i>	14
2.4 REHABILITERINGSTILBUD	15
2.4.1 <i>Fylkeskommunale og statlige tilbud</i>	15
2.4.2 <i>Kommunale tjenester</i>	16
2.4.3 <i>Private tjenester</i>	17
2.5 KOMMUNALE REHABILITERINGSTILBUD	17

2.5.1	<i>Organisering og administrasjon av logopediske tjenester for voksne</i>	18
2.5.2	<i>De kommunale logopeders arbeidssted</i>	19
3	METODE	21
3.1	DESIGN	22
3.2	UTVALG OG POPULASJON	22
3.3	OPERASJONALISERING	23
3.3.1	<i>Utforming av spørreskjemaer</i>	27
3.3.2	<i>Åpne og lukkede spørsmål</i>	27
3.3.3	<i>Koding</i>	29
3.4	PILOTPROSJEKT	31
3.5	GJENNOMFØRING	32
3.5.1	<i>Informasjon og veiledning til informanter</i>	33
3.5.2	<i>Utsendelse av spørreskjema</i>	34
3.6	BEARBEIDING AV DATA OG STATISTISKE ANALYSER	34
3.7	VALIDITET OG RELIABILITET	35
3.7.1	<i>Reliabilitet</i>	36
3.7.2	<i>Validitet</i>	37
3.7.3	<i>Ytre validitet og generaliserbarhet</i>	38
3.8	ETISKE HENSYN	39
3.9	METODEKRITISKE BETRAKTNINGER.....	41
4	PRESENTASJON OG DRØFTING AV RESULTATER	43
4.1	SVARPROSENT	43
4.2	TILGJENGELIGHET OG ORGANISERING AV TILBUDENE	49
4.2.1	<i>Løsninger på logopediske rehabiliteringstilbud</i>	49
4.2.2	<i>De kommunalt ansatte afasilogopedenes arbeidssted</i>	51
4.2.3	<i>Administrativ organisering av kommunale logopedtilbud for voksne</i>	52

4.2.4	<i>Oppfatninger om kommunens ansvar i henhold til Opplæringsloven.....</i>	54
4.2.5	<i>Økonomisk og juridisk ansvar.....</i>	54
4.2.6	<i>Afasirehabilitering som opplæring eller medisinsk rehabilitering</i>	55
4.3	RESULTATER I STORE, MELLOMSTORE OG SMÅ KOMMUNER	56
4.3.1	<i>Kommunale tjenester differensiert med hensyn til kommunestørrelsen.....</i>	57
4.3.2	<i>Antall afasilogopedstillinger i store, mellomstore og små kommuner.....</i>	59
4.3.3	<i>Sakkyndig vurdering av behovet for opplæring</i>	62
4.3.4	<i>Intensiteten av tilbudet</i>	64
4.3.5	<i>Varigheten av tilbudet</i>	65
4.3.6	<i>Andre yrkesgrupper som gir opplæring til afasirammede</i>	67
4.3.7	<i>Signifikante forskjeller mellom store, mellomstore og små kommuner</i>	68
4.4	FORHOLDET MELLOM TILBUD OG BEHOV	71
4.4.2	<i>Rehabiliteringstilbudet i store, mellomstore og små kommuner.....</i>	72
5	DE VIKTIGSTE FUNNENE.....	75
5.1	FORSKJELLIGE LØSNINGER PÅ REHABILITERINGSTILBUD	75
5.2	TILGJENGELIGHET OG ORGANISERING AV TILBUDENE.....	76
5.3	KAPASITETEN I DE KOMMUNALE TILBUDENE	77
5.4	FAGLIG KVALITET OG OMFANG AV TILBUDET	78
5.5	OPPFATNINGER OM RETTIGHETER OG ANSVAR.....	79
6	SAMMENFATTENDE AVSLUTNING OG DRØFTING	81
6.1	KOMMUNAL AFASIREHABILITERING	81
6.2	TILGANG TIL REHABILITERING	83
6.3	KVALITET OG OMFANG	85
6.4	SVAKHETER I TILBUDENE OG FORBEDRINGSFORSLAG	86
6.5	AFASIREHABILITERING I FREMTIDEN	87

7	AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....	89
	KILDELISTE	91
	OVERSIKT OVER DIAGRAM	98
	OVERSIKT OVER TABELLER	99
8	VEDLEGG	101
8.1	KODING AV SVARENE	101
8.1.1	<i>Tabell A.2</i>	101
8.1.2	<i>Tabell A.3</i>	101
8.1.3	<i>Tabell C/D.4</i>	101
8.1.4	<i>Tabell B.2</i>	102
8.1.5	<i>Tabell G.4</i>	102
8.1.6	<i>Tabell H.2</i>	103
8.1.7	<i>Tabell H.3</i>	104
8.2	INFORMASJONSSKRIV - LEDERE.....	105
8.3	INFORMASJONSSKRIV - PRAKTIKERE	106
8.4	FØLGEBREV – LEDERE.....	107
8.5	FØLGEBREV – PRAKTIKERE	108
8.6	E-POST TIL LEDERE MED SPØRRESKJEMA SOM VEDLEGG	109
8.7	E-POST TIL PRAKTIKERE MED SPØRRESKJEMA SOM VEDLEGG	111
8.8	SPØRRESKJEMA FOR LEDERE	113
8.9	SPØRRESKJEMA FOR PRAKTIKERE.....	114

1 INNLEDNING

1.1 INTRODUKSJON

Afasi er språkvansker etter hjerneskade eller en traumatisk hodeskade som har ført til at språk-, tale- og kommunikasjonsevnen er blitt svekket. Reinvang (1994) definerer afasi som språkdefekt hos individer som før skaden inntraff har gjennomgått normal språklig utvikling. Selv om afasi kan ramme både barn og voksne, vil termen *afasirammet* i denne oppgaven brukes i betydning ”voksne med afasi”.

Personer som rammes av afasi, har behov for opplæring hos logoped i en lang periode etter at skaden inntraff (Chapey og Hallowell 2001). Logopedisk rehabilitering for afasirammede er opplæring som tar sikte på å gjenoppbygge språk-, tale- og kommunikasjonsferdigheter. Etter et sykehusopphold er det hjemkommunene som har ansvaret for at de afasirammede får et slikt rehabiliteringstilbud (Opplæringslova av 1998).

Selv om opplæringslovens § 4A-2 (Opplæringslova av 1998) hjemler rett til opplæring for afasirammede og § 4A-4 i opplæringsloven pålegger kommunen en plikt til å sørge for slik opplæring, er tilbudene på langt nær godt nok utbygget. I tillegg til de kommunale tilbudene, og som et supplement til dem gir privatpraktiserende logopeder et opplæringstilbud som er finansiert av folketrygden.

Helse- og sosialdepartementet har i mai 2006 fremmet et forslag om å oppheve ordningen med trygdefinansiering av tjenester fra privatpraktiserende logopeder i § 5 – 10 i Folketrygdeloven (Lov om Folketrygd av 1997). De privatpraktiserende logopeder med oppgjørsavtale med trygdekontorene fungerer som et viktig supplement til det kommunale tilbudet i de kommuner som har for liten kommunal logopedkapasitet. I andre kommuner kan private tilbud være det eneste tilbudet som sikrer afasirammede tilgang til logopedisk rehabilitering. Dette gjør det spesielt aktuelt å se nærmere på hvordan kommuner kan ivareta afasirammedes behov for logopedisk rehabilitering hvis denne finansieringsmåten fjernes (Stortingsproposisjon nr. 61 (2005-2006)).

De siste endringene i § 5 – 10 i folketrygdloven er gjort i april 2008. Disse endringene innebærer blant annet innskjerper i form av forskrifter med hensyn til vilkår for refusjon av logopedisk behandling og for NAV Helseforvaltnings garanti for logopedisk og audiopedagogisk behandling. Vilkår for refusjon for logopedisk behandling i følge disse forskriftene er at det må hovedsakelig foreligge en ”*uttalelse fra spesialist eller spesialavdeling på sykehus i den sykdom som er årsak til språk- og talevanskene, som for eksempel nevrolog eller øre-, nese-, halslege*” (NAV, april 2008). Videre forutsetter NAV Helseforvaltning og at logopedisk behandling bør være søkt i kommunen eller fylkeskommunen, og det bør foreligge vedtak om avslag fra kommunen før det gis stønad for slik behandling etter § 5 – 10 i folketrygdloven. For brukere innebærer den nye praksisen lengre ventetid før rehabilitering kan starte etter et sykehusopphold. På den annen side vil denne praksis bidra til at omfanget av behovet for afasirehabilitering i kommunene blir synlig og dokumentert.

Det er i den siste tiden kommet sterke signaler fra politiske ledelse om at man ønsker at pasienter skal få bedre oppfølging i hjemkommunen. I denne forbindelse har Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråd Bjarne Håkon Hanssen sensommeren og høsten 2008 lansert en ny helsereform, ”Samhandlingsreformen” (Hansen 2008). Hensikten med denne reformen er blant annet at pasienter skal få mer behandling og rehabilitering i hjemkommunen. Slagrammede pasienter med afasi er en av flere grupper pasienter som har behov for sammensatte rehabiliteringstiltak i form av både fysisk rehabilitering og rehabilitering og vedlikehold av språk-, tale- og kommunikasjonsferdigheter etter et sykehusopphold. Denne rehabiliteringen begynner ofte på et sykehus, men den bør fortsette i hjemkommunen.

Gjennom medlemmer i Afasiforbundet i Norge (Afasiforbundet) og kontakt med logopeder som arbeider med afasirammede i kommuner, vet man på erfaringsmessig grunnlag at det er mange ulike praksiser, og at det er store forskjeller mellom kommuner. Noen kommuner overlater rehabiliteringen til private logopeder med oppgjørsavtale gjennom NAV (Tidligere ”Rikstrygdeverket”), noen har egne logopedstillinger som tar seg av tilbudet til de afasirammede, mens andre kommuner ikke har noe tilbud.

Blant de kommuner som gir et tilbud, er det stor variasjon i logopedkapasiteten, i kvalitet og omfang av tilbudet. Det mangler likevel oversikt og systematisk innsamlet tallmateriale som dokumentere dette. Derfor vedtok landsmøtet i Afasiforbundet i mai 2005 at Afasiforbundet i Norge skal søke midler til gjennomføring av en kartlegging av tilbudet til afasirammede i kommunene. Prosjektet fikk støtte fra Helse og Rehabilitering, og arbeidet med dette prosjektet startet i februar 2006.

En landsdekkende oversikt over hvordan kommunene praktiserer sitt ansvar for afasirehabilitering finnes per i dag ikke. Det er påvist tidligere i rapport fra tverrdepartemental arbeidsgruppe-2001: *Vurdering av tilbud til personer med språk- og talevansker - Talerøret* at logopedtilbudet til voksne er mangelfullt og variabelt (KUD 2001).

1.2 FORMÅLET

Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvordan opplæringslovens § 4A-2 og § 4A-4 praktiseres i kommunene, og hvilke tilbud som gis til voksne med afatiske språk- og talevansker. Prosjektet tar sikte på å skaffe til veie en landsdekkende oversikt over om og hvor stor andel av de afasirammede kan få et kommunalt tilbud i sin hjemkommune, og hvordan kommuner løser sin lovpålagte oppgave med å kunne tilby afasirammede logopediske tjenester. Prosjektet skal også kartlegge hvordan kommunene oppfatter sitt ansvar for å tilby logopediske tjenester for afasirammede. Slik dokumentasjon vil være av stor betydning for gamle og nye afasirammede og pårørende, for myndigheter og for fagfolk som er opptatt av at de afasirammede får tilbud om rehabilitering av sine språk- og taleferdigheter.

1.3 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSING

Rehabilitering av afatiske språk- og talevansker kan skje gjennom kommunal virksomhet i form av opplæringstilbud til de afasirammede. Et aspekt ved afasirehabilitering som det her fokuseres på, er hvor stor andel av kommunene i Norge som har et rehabiliteringstilbud for afasirammede. Undersøkelsen tar sikte på å kartlegge om tilbudene er kommunale eller private, eller en kombinasjon av disse. Rehabiliteringstilbudene til afasirammede er i denne undersøkelsen er definert som kommunale når det

er kommunen som organiserer, administrerer og finansierer tilbudene og som ikke-kommunale tjenester ellers, dvs. når tilbudet er basert på bruk av privatpraktiserende logopeder med RTV avtale som en løsning.

Videre undersøkes det hvordan tilbudene er organisert i kommunen, hvor det kommunale tilbudet gis og hvordan kommunen oppfatter sitt juridiske og økonomiske ansvar for å gi et slikt tilbud. I tillegg belyses visse kvantitative og kvalitative aspekter ved tilbudene. Den generelle problemstillingen i dette prosjektet kan formulere som følgende spørsmål:

”Hvordan løser kommunene i Norge sin oppgave med å tilby de afasirammede innbyggere rehabilitering av språk- og taleferdigheter?”

I de kommuner der det finnes et tilbud, undersøkes kapasiteten i dette tilbudet ved å kartlegge hvor mange og hvor store stillingsandeler det finnes i kommunen for logopeder som arbeider med afasirehabilitering. Omfanget av rehabiliteringstilbudet undersøkes gjennom intensitet og varighet av opplæringstilbudet.

Kvaliteten av opplæringstilbudene kan være vanskelig å undersøke - spesielt i en spørreskjemaundersøkelse. Kvaliteten av rehabiliteringstilbudene vil i denne oppgaven delvis betraktes som en funksjon de kvantitative aspektene: antall logopedstillinger og hvor intensivt og langvarig opplæringstilbudet er. Kvaliteten er også avhengig av at tilbudene er tilgjengelige for de som har behov for rehabilitering, at det foretas sakkyndig vurdering av de afasirammedes behov for opplæring, og at opplæring gis av yrkesgrupper med tilstrekkelig kompetanse.

Problemstillingen i denne oppgaven kan oppsummeres med følgende fem temaer som skal belyses:

1. Kommunale versus ikke-kommunale løsninger på oppgaven med å tilby afasirammede rehabilitering.
2. Logopedkapasiteten i det kommunale tilbudet om afasirehabilitering.

3. De afasirammedes tilgang til logopediske opplæringstilbud.
4. Kommunenes oppfatninger av det juridiske og økonomiske ansvaret for å gi et tilbud.
5. Kvaliteten i og omfanget av de logopediske tilbudene til afasirammede.

Hypotesen er at det finnes et betydelig antall kommuner uten kommunalt afasirehabiliteringstilbud. Det forventes betraktelig variasjon i tilbudet: Tilbudet kan variere både med hensyn til om det finnes et tilbud, hvilken kapasitet tilbudet har, hvordan tilbudet er organisert, kommunenes oppfatning om sitt ansvar og kvaliteten i tilbudet.

En annen hypotese, som har oppstått etter hvert som resultater har kommet inn, er at det finnes en sammenheng mellom om en kommune har et tilbud i form av kommunalt ansatte logopeder og kommunestørrelsen målt i antall innbyggere. Mer konkret kan det vise seg at kommuner gruppert i store, mellomstore og små kommuner etter innbyggertall etter Statistisk Sentralbyrås (Statistisk Sentralbyrå, KOSTRA, 10.9. 2006) definisjon skiller seg fra hverandre på en systematisk måte: Såkalte store kommuner med innbyggertall på 20 000 eller mer har oftere enn de mellomstore (innbyggertall fra 5000 til 19 999) og små kommuner (innbyggertall under 5000) et kommunalt tilbud i form av kommunalt ansatte afasilogopeder. Termen *afasilogoped* vil bli brukt i hele denne oppgaven i betydning av logopeder som arbeider med rehabilitering av afasirammede. Denne termen er blitt brukt i formen *afasilogopedi* og *afasilogopedisk arbeid* i masteroppgaven til Lisbeth Marie Andreassen (Andreassen 2006).

Dette prosjektet vil ikke fokusere på å finne årsakssammenhenger eller forklaringer på hvorfor det finnes variasjon i de kommunale tilbudene. Fokus er helt enkelt på dokumentasjon av den variasjonen i tilbudene til afasirammede som denne undersøkelsen tar sikte på å avdekke.

1.4 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING

Denne oppgaven vil bestå av fem hoveddeler: teori, metode, presentasjon av resultater, drøfting av funnene og avslutning. Den teoretiske bakgrunnen for oppgaven vil bli presentert i kapittel 2 "Teoretisk bakgrunn". Dette kapittelet inneholder definisjon av afatiske språkvansker, tallmateriale om insidens og prevalens av afasi i befolkningen, oversikt over logopedisk rehabilitering av afasi, beskrivelse av statlige, kommunale og private rehabiliteringstilbud for afasirammede og organisering av de kommunale tilbudene. Kapittel 3 "Metode" presenterer de metodiske valgene som er tatt, hvordan problemstillingen er operasjonalisert, hvordan spørreskjemaene er utformet på grunnlag av dette, drøfting av validitet av målingene, reliabilitet og generaliserbarhet av resultatene og metodiske svakheter ved oppgaven. Presentasjon av de innsamlede data legges frem i kapittel 4 "Presentasjon av resultater". I kapittel 5 "De viktigste funnene" oppsummeres de mest interessante funnene i forhold til problemstillingen, og i kapittel 6 "Sammenfattende avslutning og drøfting" vil det trekkes sammenfattende konklusjoner og evaluere om målsettingene i prosjektet ble oppnådd. Til slutt vil kapittel 7 "Avsluttende kommentarer" skissere hvilke spørsmål og problemstillinger fremtidige undersøkelser kan følge opp for å øke kunnskapen om flere aspekter ved afasirehabilitering i Norge.

2 TEORETISK BAKGRUNN

Den teoretiske bakgrunnen for denne undersøkelsen dannes av den forskningsbaserte kunnskapen om forekomsten av og årsakene til afatiske språkvansker, hvordan afasi rammer språk- og taleevnen og logopedisk rehabilitering av afasi. Det man vet om hvordan logopediske tjenester er organisert og administrert i kommuner og i statlige institusjoner, og i hvilken grad tjenestene er private, baserer seg på tidligere kartlegginger av praksis på dette feltet.

I presentasjonen av hva som forstås med afasi og afatiske språk- og talevansker, vil det i stor grad bli referert til to forfattere som har lagt mye av grunnlaget for senere forskning på afasi etter andre verdenskrig: Harold Goodglass og Alexander R. Luria.

Nyere forskningsbasert kunnskap om effekter av rehabilitering danner grunnlaget for å kunne beregne hvor stort behovet for afasirehabilitering er. Behovet for logopediske rehabiliteringstilbud for afasirammede påvirkes også av hvor mange nye afasitilfeller det oppstår per år (insidens¹) og hvor mange som lever med afasi (prevalens²) i Norge. I beregninger av hvor mye av afasilogopeders ukentlige arbeidstid som kan brukes til direkte opplæringstiltak, vil det tas hensyn til at en viktig del av arbeidstiden brukes til rådgiving og veiledning og systemrettet arbeid (Simmons-Mackie 2001).

2.2 AFASI

Afasi er en språk- og talevanske som er forårsaket av en hjerneskode. Den vanligste årsaken til afasi er hjerneslag som rammer den dominante hemisfæren, som hos over 90 % av befolkningen er den venstre hemisfæren. Hjerneslag kan enten være et infarkt eller en blødning inne i hjernen slik at hjernevevet blir skadet på grunn av manglende blodtilførsel. Bare en liten andel av afasitilfeller skyldes andre sykdoms- eller skadetilstander i hjernen, for eksempel svulst eller traumatiske hodeskader etter en ulykke (Goodglass 1993).

¹ Med insidens menes det antall nye tilfeller som oppstår i løpet av et kalenderår i forhold til en gitt folkemengde.

² Med prevalens mener man antall personer som på et gitt tidspunkt lever med en gitt tilstand i forhold til hele befolkningen.

I følge Goodglass (1993, s 2) er afasi et symptom på en vevskade i de områder i den dominante hemisfæren som utfører oppgaver i:

”... the sensory and motor systems involved in the perception, interpretation, and execution of linguistic acts or symbols...”

Goodglass (1993) forstår afatiske språkvansker i lys av lokalisering av lesjoner i hjernen og oppfatter afasi som følge av at slike lesjoner påvirker sensorisk korteks, forbindelser til og fra motorisk korteks og forbindelser mellom sensorisk og motorisk korteks. På grunnlag av dette mener Goodglass å kunne forklare alle vesentlige sider ved afatiske språkvansker: auditiv forståelse, artikulasjon, gjentakelse og prosessering av fonetiske sekvenser, benevning samt lesing og skriving.

En afatisk språk- og talevanske kan arte seg på mange måter. Afasirammede kan ha forskjellige grader av forstyrrelser i produksjon og forståelse av tale, i benevning, i evnen til å gjenta og i lesing og skriving. Den mest vanlige vansken, som nesten alle afasirammede har, er å finne riktig ord til riktig tid. I noen tilfeller kan afatisk tale være relativt flytende men bestå nesten utelukkende av ord uten innhold som formidler informasjon. Noen kan miste evnen til å forstå auditiv tale, mens evnen til å lese og skrive er intakte (Luria 1973).

Evnen til å gjenta er delvis avhengig av evnen til å kunne prosessere tale auditivt og delvis evnen til å utføre de riktige talebevegelsene for produksjon av tale (Goodglass 1993). Nedsatt evne til å benevne gjenstander eller andre konseptuelle enheter er den mest vanlige av afatiske språkvansker. Benevningsvansker kan arte seg som ordletingsvansker eller anomia³, som fører til pauser og nøling og dermed brudd i taleflyten (Goodglass 1993).

³ Anomia er betegnelse som refererer til personens svekket tilgang til sitt indre leksikon (Goodglass 1993).

Det er ikke uvanlig at ordletingsvansker fører til parafasier, dvs. personen som ikke finner det riktige ordet, bruker et annet ord, som kan bære fonologisk eller semantisk likhet med målordet. Noen personer kan bruke så kalte neologistiske parafasier, dvs. ord som fonotaktisk er mulige ord i det språket personen snakker, men uten noen kjent betydning for mottakeren (Goodglass 1993). I slike tilfeller er personens tale ganske flytende med upåvirket intonasjon, rytme og tempo, men kan nesten utelukkende bestå av ord uten innhold som er kjent verken for taleren eller mottakeren.

Noen av de som har fått svekket auditiv forståelse, har også tilsvarende vansker med å forstå skrift (Goodglass 1993, Luria 1973). Dette fenomenet kalles afatisk aleksi. Tilsvarende kan afasi føre til skrivevansker, afatisk agrafi. Hos de fleste afasirammede som får vansker med å skrive, er det relativt stor samsvar mellom talevanskene og skrivevanskene. For eksempel vil en afasirammet med mange neologistiske parafasier i talen produsere de samme parafasiene også i skrift. En person med store vansker med å produsere artikulert tale med riktig rekkefølge av fonemer har ofte samme type vansker i skriving (Goodglass 1993, Beeson og Hillis 2001).

2.2.1 Insidens og prevalens av afasi i Norge

Det finnes ikke offisielle registre i Norge over personer som er blitt rammet av hjerne- slag og afasi (Ellekjær og Selmer 2007). Det finnes likevel epidemiologiske undersø- kelser som tyder på at forekomsten av hjerneslag i Norge er ca 14 000 - 15 000 tilfeller per år (Ellekjær et al. 1997). Insidensen forventes å øke med ca 50 % i de nærmeste 25 år på grunn av økende antall eldre (Ellekjær og Selmer 2007; Waaler 1999). Bare ca 2 % av de som blir rammet av hjerneslag, er under 45 år (Næss 2007). Insidensen øker med alderen slik at mer enn tre av fire slagrammede er over 65 år (Thommessen 2003). Prevalens av hjerneslag er beregnet til om lag 55 000 (Wyller 1998).

Internasjonale undersøkelser tyder på at vel en tredjedel av de som blir rammet av hjerneslag, vil få afasi som følge av skaden (Chapey 2001). Dette er sannsynligvis også tilfellet i Norge (Fjærtøft og Indredavik 2007). Dermed kan man anta at ca 5000

personer får afasi hvert år og at det per i dag lever ca 20 000 personer med afasi i Norge.

2.2.2 Insidens av afasi i kommuner

Ut fra det man vet om forekomsten av afasi i befolkningen, kan det regnes ut at i en liten norsk kommune med under 5 000 innbyggere forekommer både hjerneslag og afasi relativt sjeldent. Disse tallene påvirkes nok også av det faktum at aldersfordelingen i befolkningen spiller en rolle i hvor hyppig forekomsten av hjerneslag og afasi er. I kommuner med en større andel av befolkning over 50-60 år vil det være flere tilfeller av hjerneslag og afasi enn i en kommune med en annen befolkningsstruktur (Næss 2007). I en kommune med ca. 1000 innbyggere vil det statistisk sett forventes at 3 personer hvert år vil kunne få hjerneslag, og en av disse kan få afasi.

I såkalte store kommuner, med gjennomsnittlig innbyggertall på ca 56 600, er naturligvis også insidensen av afasi som følge av hjerneslag større. I slike kommuner vil ca 170 personer få hjerneslag per år, og ca 57 av disse får afasi som følge av dette.

2.3 LOGOPEDISK REHABILITERING AV AFASI

Hjerneslag er en tilstand som har alvorlige følger for pasienten, og som krever rask akuttmedisinsk behandling i en slagenhet. Der vil det bli stilt medisinsk diagnose og nødvendig akuttbehandling vil bli gitt (Thommessen og Wyller 2007).

Etter den akutte fasen vil pasienten begynne med opptrening av de fysiske og kognitive vansker som er vanlige i forbindelse med hjerneslag (Fjærtøft og Indredavik 2007). Opptreningen skjer i en rehabiliteringsenhet hvor et tverrfaglig team har ansvaret for den videre rehabiliteringen. Et slikt team består av leger, syke- og hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og ofte også logoped og sosionom.

Logopedens rolle i et slikt tverrfaglig team er å utrede og sette i gang tiltak for behandling av afasi, dysartri og ofte også dysfagi. I forhold til både pasienten og pårørende har logopeden en viktig oppgave å informere, gi råd og veilede om afasi, kommunika-

sjon, om sosial deltakelse og rettigheter. Logopeden har også som oppgave å sørge for at den afasirammede vil få tilbud om videre logopedisk oppfølging etter utskrivelsen fra sykehuset. I tillegg veileder logopeden de andre yrkesgruppene i teamet blant annet om kommunikasjon med afasirammede (Thommessen og Wyller 2007).

Den mest avgjørende faktor som påvirker resultatet av logopedisk afasirehabilitering, er hvor tidlig og hvor hyppig den afasirammede får et tilbud om opplæring (Cornelissen et al. 2003). Logopedisk opplæring av afasirammede begynner derfor allerede i den subakutte fasen på sykehusets slagenhet og senere på rehabiliteringsenheten. Cherney og Robey (2001) viser til flere studier som har konkludert med at det ofte skjer ganske rask forbedring av kommunikasjonsferdigheter i løpet av de tre første månedene etter slaget. Spontanbedringen avtar gradvis, men forbedring vil kunne fortsette i flere år hvis pasienten får logopedisk rehabilitering.

I tillegg til systemrettet arbeid vil logopeden sette i gang individrettede tiltak som har til hensikt å hjelpe den afasirammede til å gjenvinne så mye av språkevnen som mulig (Chapey og Hallowell 2001). De fleste har behov for opptrening som forbedrer ordletingsvanskene. De afasirammede som også har oral apraksi eller dysartri, har nytte av oral- og ansiktsmotoriske øvelser og stimulering (Square et al. 2001). Mange afasirammede har fonologiske og semantiske vansker som påvirker både produksjon og forståelse og som krever tiltak. Hvis vanskene er svært omfattende og taleproduksjonen nesten helt fraværende, vil logopeden finne og tilpasse kommunikasjonshjelpemidler som den afasirammede får opplæring i å bruke, og som hun kan bruke som en kompensasjon for manglende evne til talekommunikasjon (Hux et al. 2001).

2.3.1 Rehabilitering av språk- og taleferdigheter

Afatiske vansker går ikke over av seg selv, men krever tiltak over lang tid. Det er svært sjeldent at den afasirammede gjenvinner sine språk- og taleferdigheter uten noen form for hjelp. Mest spontan forbedring skjer i løpet av den første tiden (en til tre måneder) etter hjerneslaget (Cherney og Robey 2001). Tiltakene som gir gode resultater, er langvarig og intensiv trening som bør begynne allerede i en tidlig fase og som er ut-

formet slik at man benytter de ferdigheter som den afasirammede har bevart og retter tiltakene mot de vanskene som hemmer kommunikasjonsevnen mest (Chapey og Hallowell 2001).

Afasi er en vedvarende tilstand som svekker den rammedes evner og muligheter til et fullverdig liv og livsutfoldelse. Målet med logopedisk rehabilitering av afasi er å trene opp pasientens evner og ferdigheter til å bruke prosedyrer for gjennomføring av språk- og talehandlinger (Duffy og Coelho 2001). Dermed er det ikke svekkelsen i selve den språklige kompetansen, men utførelsen som er blitt svekket. Evnen til å kunne aktivere, utføre og kontrollere prosesser som er nødvendige for å kunne produsere og forstå tale og skrift, kan være delvis svært nedsatt og delvis ineffektiv hos en afasirammet.

2.3.2 Sakkyndig vurdering og rehabiliteringsplan

Afatiske vansker er ikke alltid lette å oppdage og tolke riktig. Det er ikke uvanlig at pasienter blir henvist av leger til logoped med diagnose afasi uten at pasienten har afasi. Mer alvorlig er det når en pasient har afasi men ikke blir henvist til logoped fordi andre yrkesgrupper ikke oppdager at en person som kan snakke flytende, egentlig forstår svært lite av det som blir sagt.

Av og til kan talen til afasirammede være flytende og tilsynelatende uten vansker av noe slag når de får anledning til å snakke fritt om temaer som de kan selv velge. Da kan de afatiske språkvanskene bli synlige først når den afasirammede blir bedt om å fortelle om et gitt tema eller beskrive for eksempel et bilde som han ikke selv har valgt. Derfor ville det være best at en logoped alltid deltar i vurdering av tale- og språkferdigheter eventuelt sammen med andre yrkesgrupper.

På grunnlag av funnene basert på kartleggingen av graden og omfanget av de vanskene den afasirammede har, utarbeider logopeden en plan for tiltak. Hvilke rehabiliterings-tiltak som egner seg best for hver enkelt afasirammet, varierer i like stor grad som graden og omfanget av vanskene. En logopedisk rehabiliteringsplan vurderes fortløpende

i forhold til hvor effektive tiltakene er og hvor mye fremgang pasienten gjør (Murray og Chapey 2001).

2.3.3 Effektiv og intensiv rehabilitering

Afasi er en forstyrrelse som etter en allmenn oppfatning ikke kan kureres (Chapey og Hallowell 2001). Likevel kan alle sider av språklige ferdigheter forbedres i flere år etter slaget ved hjelp av logopediske tiltak (Hanson et al. 1989; Pulvermüller et al. 2005; Robey 1998).

Uavhengig av om opplæringen skjer i grupper eller som individuelle tiltak, er den bærende tanken i logopedisk rehabilitering at den afasirammede gjennom trening får mulighet til å vinne tilbake mange av de språkfunksjonene som er blitt svekket. Dette skjer fordi det gjennom intensiv nok trening er mulig å gjenopprette funksjoner som er blitt skadet. Forbedring av ferdighetene er likevel avhengig av at opplæringen er intensiv nok (Enderby 1998). De funksjoner som ikke lar seg gjenopprette, er det til en viss grad mulig å bøte på ved å ta i bruk alternative og kompenserende teknikker som hjelper den rammede til best mulig språklig kommunikasjon (Hux et al. 2001; Cherney og Robey 2001).

I følge nyere forskning på effekten av afasirehabilitering, er opplæringen mest effektiv når den afasirammede får intensiv opplæring i en kortere tidsperiode. Intensiv opplæringstilbud i denne forskningen betyr tilbud om ca to timer opplæring hver dag i ca fire måneder (Bhogal et al. 2003). Opplæringsintensitet på opp til 30 timer per uke (Pulvermüller et al. 2005), og ikke mindre enn ni timer per uke (Bhogal et al., 2003), gir merkbare resultater også for kroniske afasirammede og uavhengig av afasitypen (Basso og Caporali 2001). I følge disse studier av effekten av afasirehabilitering har man også funnet at det som er viktig for å oppnå forbedring, er mer avhengig av intensiteten enn av varigheten av tilbudet. Likevel tyder resultatene av en gjennomgang av effekten av logopedisk afasirehabilitering på at de effektive tilbudene ikke bare var intensive, men også hadde lengre varighet enn de rehabiliteringstilbudene som ikke hadde målbart positiv effekt (Basso 2005).

Alle afasirammede har likevel ikke det samme behovet for rehabilitering. Typen og graden av de afatiske vanskene til afasirammede kan variere ganske mye; noen er lettere rammet og har behov for opplæring i bare en kort tid, noen kan være preget av andre følgetilstander av et hjerneslag og har utholdenhet til å nyttiggjøre seg intensiv opplæring først etter den tidlige fasen i rehabiliteringsprosessen.

2.3.4 Behovet for logopediske tjenester for afasirammede

Hvor stort behovet for logopediske tjenester for afasirammede er påvirkes av to hovedfaktorer. Den ene faktoren har med insidens og prevalens av afasi i befolkningen å gjøre, og den andre med hvordan rehabilitering i praksis blir gjennomført. Den første faktoren finnes det allerede ganske pålitelige informasjoner om (jfr. kapittel 2.2.1 og 2.2.2). Den andre faktoren er avhengig av om tilbudet er individrettet, et gruppetilbud eller et systemrettet tilbud, og av hvor intensivt og langvarig tilbud den enkelte afasirammede har behov for.

Selv om det finnes forskjellige oppfatninger om hvor intensivt opplæringstilbudet til afasirammede bør være for å være effektiv nok til å føre til forbedring i språk- og taleferdigheter, er det rimelig å anta at et tilbud på et minimum av tre timer opplæring per uke, vil føre til merkbar fremgang (Robey 1998). Videre i denne oppgaven vil derfor minimum tre timer opplæring per uke bli brukt som grunnlag for beregninger.

2.3.5 Kapasiteten i opplæringstilbudet til afasirammede

Hvilken kapasitet de kommunalt ansatte afasilogopedene har til å gi opplæring til afasirammede er avhengig av hvor mange timer en afasilogoped har til disposisjon til å gi tilbud, hvordan opplæringen gis og av hvor mange logopeder som arbeider med denne brukergruppen. Hvor mange logopeder som arbeider med rehabilitering av afasirammede i kommunene, skal undersøkes gjennom dette prosjektet.

En viktig arbeidsoppgave for afasilogopeder i tillegg til individrettede tilbud, er å veilede pårørende og andre personer i det sosiale nettverket rundt en afasirammet (Simmons-Mackie 2001). I noen tilfeller er det mulig å gi opplæring i grupper, spesielt et-

ter at pasienten i en periode har fått individuell opplæring og målet er å opprettholde de ferdigheter som er innarbeidet på denne måten.

Med en arbeidsuke på ca 40 timer er det rimelig å regne med at en logoped i full stilling kan gi direkte opplæring i ca 20 timer per uke. Resten av arbeidstiden brukes blant annet til veiledning av familie, pårørende og andre yrkesgrupper i tverrfaglig team, forberedelse, etterarbeid og systemrettet virksomhet. En afaologoped som gir et tilbud på tre timer opplæring per uke for å kunne oppnå forbedring i språk- og taleferdigheter hos den afasirammede, vil da kunne gi et slikt tilbud til syv afasirammede per uke.

2.4 REHABILITERINGSTILBUD

Logopediske tjenester for voksne med afasi kan være kommunale, fylkeskommunale (eller statlige) eller private (VOX 2004). Fylkeskommunale tjenester er aktuelle så lenge den afasirammede er innlagt på et statlig sykehus. Private tjenester ytes av privatpraktiserende logopeder hovedsakelig med oppgjørsavtale med NAV (Lov om folketrygd av 1997). De kommunale tjenestene gis i mange kommuner av kommunalt ansatte logopeder som arbeider med rehabilitering av språk-, tale- og kommunikasjonsferdigheter hos afasirammede.

2.4.1 Fylkeskommunale og statlige tilbud

Staten overtok eieransvaret for de offentlige sykehusene 1. januar 2002 (VOX 2004). Afasirammede pasienter som er innlagt ved sykehus, har rett til opplæring i henhold til opplæringsloven, og fylkeskommunen har ansvaret for at pasienter som har behov for det, får logopediske tjenester på sykehusene. Så lenge den slagrammede med afasi befinner seg i en helseinstitusjon som er eid av staten, er det dermed i følge opplæringslovens § 13-3a fylkeskommunen som har ansvaret for å tilby logopedisk rehabilitering (Opplæringslova av 1998).

Rehabiliteringen av pasienter starter på sykehusets slagavdeling og avdeling for rehabilitering hvor et tverrfaglig team bestående av flere yrkesgrupper vil kartlegge pasien-

tens funksjonsevne og begynne med tiltak for opptrening av pasienten (Fjærtøft og Indredavik 2007). Logoped vil vanligvis være med i et slikt tverrfaglig team, men ikke alle sykehus har ansatt logopeder. Likevel finnes det i hver av de fem helseregionene et eller flere sykehus som har minst en logoped knyttet til slag- og rehabiliteringsenhet (VOX 2004). Rehabiliteringsoppholdet på et sykehus varer vanligvis ikke lengre enn 90 dager. Etter dette vender den afasirammede tilbake til sin hjemkommune hvor rehabiliteringen skal fortsette vanligvis i minst et år – ofte i flere år.

Statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped) kan gi faglig spesialpedagogisk støtte til kommuner og fylkeskommuner. Det finnes 13 slike statlige kompetansesentra som hovedsakelig har som oppgave å utvikle spesialpedagogisk kompetanse og videreformidle denne kompetansen til fagfolk, brukere og samfunnet. Tre av disse (Bredtvet kompetansesenter i Oslo, Statped Vest i Bergen og Statped Nord i Sømna og Storslett) arbeider med afasi. Sentrene utreder og kartlegger afatiske språkvansker og gir rådgivning og veiledning til pårørende og lokale fagfolk. I mye mindre grad tilbyr slike sentre de afasirammede direkte individuell opplæring til afasirammede (Statlig spesialpedagogisk støttesystem).

2.4.2 Kommunale tjenester

Helse- og omsorgsdepartementets ”Samhandlingsreformen” (Hansen 2008) forutsetter at rehabiliteringstilbudene til de afasirammede etter utskrivelse fra sykehuset hovedsaklig skal skje i hjemkommunen.

Den afasirammede kan få videre rehabilitering i hjemkommunen etter et sykehusopphold når logopeden på sykehuset henviser pasienten til det kommunale tilbudet. Etter at NAV Helsetjenesteforvaltning 1. september 2007 innskjerpet praksis angående godkjenning av rekvisisjoner til privatpraktiserende logopeder, skal alle henvisninger først sendes til pasientens hjemkommune.

I mange kommuner arbeider det kommunalt ansatte logopeder med rehabilitering av språk-, tale- og kommunikasjonsferdigheter hos afasirammede. Disse logopeder har

ofte sitt arbeidssted ved voksenopplæringssentra eller kommunale logopedtjenester. Også pedagogisk psykologisk tjeneste, som alle kommuner er pålagt å ha, kan yte hjelp til afasirammede voksne (KUD: mars 2001).

En del kommuner har ikke egne logopediske tjenester verken ved voksenopplæring, logopedtjeneste eller PP-tjenesten. Noen av disse kommunene har løst sin oppgave med å kunne tilby slike tjenester ved å inngå i et interkommunalt samarbeid med andre kommuner, andre kjøper tjenester fra en annen kommune. Noen kommuner kjøper logopediske tjenester fra privatpraktiserende logopeder eller løser oppgaven ved å la privatpraktiserende logopeder med oppgjørsavtale med NAV påta seg rehabiliteringsoppgavene (KUD 2001).

2.4.3 Private tjenester

Det fantes vel 300 logopeder eller audiopedagoger i Norge med oppgjørsavtale med trygdekontorene i 2000 (KUD 2001). Ca halvparten av disse tjenestetilbydere befant seg i Oslo og Akershus, Hordaland, Møre og Romsdal og i Sør-Trøndelag. I de kommuner hvor det finnes privatpraktiserende logopeder med oppgjørsavtale med NAV, kan disse fungere som et supplement til det kommunale tilbudet. I andre kommuner som ikke har egne kommunalt ansatte afasilogopeder, kan private tilbud være det eneste tilbudet som sikrer afasirammede tilgang til logopedisk rehabilitering.

Etter ny praksis innført av NAV Helseforvaltning kan den afasirammede bli henvist til en privatpraktiserende logoped med oppgjørsavtale med NAV først etter at det foreligger et skriftlig avslag fra hjemkommunen.

2.5 KOMMUNALE REHABILITERINGSTILBUD

Etter at en slagrammet overføres fra sykehus til hjemkommunen, er det hjemkommunen som har ansvaret for å legge forholdene til rette for oppfølging av de rehabiliteringstiltakene som er startet på sykehuset. I henhold til opplæringslovens § 4A-2 og § 4A-4 gjelder dette også videre opptrening av språk- og taleferdigheter (Opplæringslova av 1998). Hvor tilgjengelige slike logopediske tjenester er for den som er blitt

rammet av afasi, er avhengig av hvordan tjenestene er organisert i kommunen og hvor de kommunalt ansatte logopedier gir opplæring til de afasirammede. I dette kapittelet vil man se nærmere på hvordan de kommunale tjenestene for afasirammede er organisert og administrert.

2.5.1 Organisering og administrasjon av logopediske tjenester for voksne

Afasirammedes rett til logopedisk rehabilitering av språk-, tale- og kommunikasjonsvansker er hjemlet i opplæringslovens § 4 A-2 og § 4A-4 som pålegger kommunen en plikt til å organisere et slikt tilbud (Opplæringslova av 1998). Siden dette er innlemmet i lovgivning om opplæring, er det naturlig at organisering og administrasjon av dette tilbudet i kommunene involverer den delen av kommunens virksomhet som har med opplæring å gjøre. På den annen side melder behovet for slik rehabilitering seg etter et sykdomsforløp og sykehusopphold etterfulgt av rehabiliteringstiltak som ofte starter på sykehus. Dette innebærer at de afasirammede i tidlig fase kommer i kontakt med spesialhelsetjenesten og senere primærhelsetjenesten i hjemkommunen (VOX 2004).

Rehabilitering av afatiske språkvansker involverer altså kommunale virksomheter innenfor både opplæring og helse. Fordi de afasirammede ofte i tillegg til afasi også har andre utfall etter hjerneslag, kommer de i kontakt med de medisinske rehabiliteringstilbudene i hjemkommunen. I denne situasjonen har kommunene et ansvar for å koordinere og fordele oppgavene mellom etater slik at den delen av opplæringsvirksomheten som har ansvaret for logopedtilbudet for afasirammede, blir informert om de afasirammedes behov for opplæring etter sykehusoppholdet.

For en afasirammet som vender tilbake til hjemkommunen etter et sykehusopphold, er det lettere å komme i kontakt med det kommunale tilbudet når det finnes en klar fordeling av oppgaver og ansvar mellom helse- og opplæringsvirksomheter. Dette innebærer at en pasient som vender hjem med sin epikrise og en eventuell rehabiliteringsplan, har behov for å få kontakt med det rehabiliteringstilbudet som egner seg for rehabilitering av språk og tale (KUD: mars 2001; VOX 2004).

Hvor lett eller vanskelig tilgjengelige de logopediske tjenestene er for de afasirammede, er dermed i stor grad avhengig av at kommunene har etablert oversiktlige rutiner for koordinering av samarbeid mellom helse- og opplæringsvirksomhet i kommunen. Helt konkret betyr dette at kommunikasjonen mellom sykehus og primærhelsetjenesten på den ene siden og PP- tjenesten, voksenopplæringen og eventuell kommunal logopedtjeneste på den andre, fungerer og brukes aktivt av både helsepersonal og logopeder. I kommuner som har koordinert rehabiliteringen av slagpasienten slik at pasienter med behov for både medisinsk rehabilitering og rehabilitering av språk og tale kan få tilbud om disse gjennom en koordinerende enhet, er tilbudene både synlige og tilgjengelige (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2001-06-28 nr 765).

2.5.2 De kommunale logopeders arbeidssted

Per i dag finnes det ikke pålitelig informasjon om hvor mange logopeder i Norge som arbeider med rehabilitering av afasirammede. Den informasjonen som finnes, baserer seg på Norsk logopedlags spørreundersøkelse fra 2000. I følge denne undersøkelsen var ca 68 % av de logopeder som var lagets medlemmer, ansatt i kommunale stillinger. 11 % var ansatt av staten og fylkeskommuner, og resten var privatpraktiserende (KUD 2001).

Den største gruppen i denne undersøkelsen dannet de ca 31 % av de kommunalt ansatte logopedene som oppga at de arbeidet i klassetrinnene fra 1 til 10 i grunnskolen. Den nest største gruppen var logopeder ansatt i PP- tjenesten (23 %). To store arbeidssteder var også voksenopplæringen (13 %) og kommunal logopedtjeneste (14 %). Resten jobbet i barnehager (7 %) (KUD 2001).

Av de logopedene som var ansatt i kommunen, oppga ca 26 % at de ikke var ansatt som logoped. De fleste av disse arbeidet i grunnskolen (37 %) og som spesialpedagoger ved PP- tjenesten (23 %). Ved voksenopplæringen arbeidet ca. 10 %, men ikke som logoped. Ca 5 % oppga at de arbeidet i barnehage og 7 % andre steder (KUD 2001).

I følge Norsk Logopedlags undersøkelse i 2000 arbeidet 154 av de medlemmene i logopedlaget som svarte på undersøkelsen og som var tilsatt i hel stilling, med voksne (KUD 2001). Til sammen 311 logopeder oppga at de arbeidet med afasi i noen grad. I gjennomsnitt brukte disse logopedene ca 41 % av sin stilling til afasirehabilitering. I følge samme undersøkelse arbeidet det ca 92 logopeder ved kommunale voksenopplæringssentra. Ikke alle disse logopedene var ansatt som logopeder og heller ikke alle var ansatt i 100 %-stillinger. Likevel er det i hovedsak logopeder ansatt ved voksenopplæringen, i tillegg til de som arbeider ved kommunale logopedtjenester, som i de fleste kommuner yter hjelp til afasirammede. Dette betyr ikke at alle logopeder ved voksenopplæringssentra arbeider med rehabilitering av afasirammede; mange arbeider blant annet med fremmedspråklige og voksne med lese- og skrivevansker. Derimot får de fleste afasirammede som får et kommunalt logopedtilbud i hjemkommunen, opplæring av en logoped som er ansatt ved voksenopplæringen.

3 METODE

Bakgrunnen til dette prosjektet er en erfaringsmessig observasjon om at de finnes variasjon fra kommune til kommune i rehabiliteringstilbudene til afasirammede både med hensyn til om det finnes tilbud og i hvor stor grad kapasiteten i tilbudet er i stand til å tilfredsstille etterspørselen. Om denne observasjonen er riktig, er blitt testet empirisk i denne undersøkelsen. Det innsamlede datamaterialet ble analysert deskriptivt siden hensikten med prosjektet ikke er å teste en teori eller finne forklaringer på fenomener (De Vaus 2004).

Siden formålet med undersøkelsen var å samle inn informasjon fra et stort antall analyseenheter, ble det valgt en surveyundersøkelse ved hjelp av spørreskjema som metode (De Vaus 2004). På denne måten var det mulig å samle inn informasjon fra så mange informanter som mulig og om alle de aspekter av det fenomenet som skulle kartlegges.

Definisjon av survey av Schiavetti og Metz (2002) konstaterer at survey er en egnet metode når hensikten med undersøkelsen er:” ... *to provide a detailed inspection of the prevalence of conditions, practices, or attitudes in a given environment by asking people about them rather than observing them directly.*” (Schiavetti og Metz 2002: 64).

Valg av survey som metode kan i dette prosjektet forsvares ved formålet for det: ”Prosjektet tar sikte på å skaffe til veie en landsdekkende oversikt over om og hvor stor andel av de afasirammede kan få et kommunalt tilbud i sin hjemkommune, og hvordan kommuner løser sin lovpålagte oppgave med å kunne tilby afasirammede logopediske tjenester.” (se kapittel 1.2). Survey er i tillegg en metode som egner seg bra til å beskrive tilstander eller hendelser som eksisterer i virkeligheten heller enn å forklare årsakssammenhenger, noe, som ligger utenfor formålet med dette prosjektet. Hovedhensikten med dette prosjektet er derimot å beskrive tingenes tilstand angående det kommunale rehabiliteringstilbudet til afasirammede. Dette ble gjort ved en strukturert og systematisk innsamling av en relativt stor mengde data fra et stort geografisk område, noe som er en styrke ved surveyundersøkelser (Gall, Gall og Borg 2007).

3.1 DESIGN

Empirien i prosjektet ble samlet inn ved hjelp et spørreskjema (questionnaire). Survey som metode forutsetter ikke nødvendigvis bruk av spørreskjema som instrument for innsamling av data, selv om dette er vanlig (De Vaus 2004). Survey er en metode for systematisk og strukturert innsamling av data om et fenomen. I dette prosjektet ble det benyttet et spørreskjema som instrument fordi hensikten var å samle inn data fra svært mange informanter og analysere disse dataene kvantitativt heller enn kvalitativt (Gall, Gall og Borg 2007).

Et spørreskjema kan brukes og distribueres til informantene på mange forskjellige måter. Det kan blant annet foretas personlige intervju, sende spørreskjema via post, legge spørreskjema ut på internett, koblet til en webside eller sende skjemaet via e-post (De Vaus 2004). Personlig intervju ble i dette prosjektet forkastet på grunn av det store antallet informanter som var geografisk spredt bokstavelig talt over hele landet. En nett-survey ble også forkastet fordi valg av denne metoden ville kunne ha ført til svekket svarprosent siden det ikke kan forventes at alle informantene har slike IT – ferdigheter som gjør dem fortrolig med bruk av internett til utfylling og returnering av et spørreskjema.

Mulighetene som var igjen var å distribuere spørreskjema via vanlig post eller e-post. Distribusjon via e-post ble valgt fordi dette var det raskeste og billigste alternativet, og fordi det var mulig å nå alle informantene på denne måten. Det var også en fordel at informantene kunne henvende seg til meg med sine spørsmål om utfylling av spørreskjema, og det var lett og raskt å sende påminnelser til informantene per e-post. Ulemper ved valg av e-post som distribusjonskanal vil bli drøftet i kapittel 3.9 ”Metodekritiske betraktninger”.

3.2 UTVALG OG POPULASJON

Det er uvanlig å hente informasjon ved å sende spørreskjema til hele populasjonen, dvs. til alle medlemmer av en gruppe som har slike egenskaper som man i forhold til problemstillingen har satt som formål å få kartlagt (Schiavetti og Metz 2002). Grunnen

til dette kan være at populasjonen er for stor eller av andre grunner vanskelig eller umulig å nå (De Vaus 2004). Vanligvis vil det derfor brukes et utvalg av medlemmene i en populasjon som informanter i en survey. Dette utvalget vil man prøve å velge slik at de utvalgte medlemmene er representative for hele populasjonen. Ved å bruke et utvalg ville likevel muligheten for å velge et skjevt eller ikke-representativt utvalg være ganske stor. Dette ville igjen kunne føre til at resultatene ikke ville kunne generaliseres til å gjelde for alle medlemmer.

I dette prosjektet ble det ikke brukt et utvalg av mulige informanter, men hele populasjonen som var alle kommunene i Norge 10.9.2006, ble undersøkt. De statistiske enhetene som dette prosjektet hentet informasjon fra, omfattet altså alle kommunene i Norge.

Det var tre grunner til å velge hele populasjonen istedenfor å prøve å definere et representativt utvalg. Dels var det mulig å velge hele populasjonen, som er veldefinert og mulig å nå ved hjelp av e-post. For det andre virket det vanskelig å finne kriterier til å definere et utvalg slik at det ville være representativt for populasjonen. Dette skyldes at prosjektet kartlegger et fenomen som det finnes ganske lite kunnskap om på forhånd. Dermed mangler det gode nok kriterier for å foreta et valg blant medlemmene av gruppen slik at dette utvalget skulle representere variasjonen i populasjonen. Bruk av en populasjonsundersøkelse har også den fordelen at det gjør det mulig å gjennomføre sammenlikninger mellom de informanter som svarer og de som ikke svarer. En slik sammenlikning kan avsløre eventuelle systematiske forskjeller mellom gruppene.

3.3 OPERASJONALISERING

Det finnes ingen tidligere undersøkelser som belyser nøyaktig de samme fenomenene som ble undersøkt i dette prosjektet. Den eksisterende litteraturen om aspekter ved afasirehabilitering ble derfor brukt som et grunnlag til å utvikle et spørreskjema som på en best mulig måte fanget opp den variasjonen som eksisterer mellom kommunene og i de måter kommunene løser sin oppgave med å tilby logopediske tjenester til afasirammede på (se kapittel 2.5.).

Spørreskjemaene ble utviklet ved å konseptualisere disse temaene i problemstillingen. Deretter ble det bearbeidet indikatorer som kunne formuleres som konkrete spørsmål (De Vaus 2004). Disse konkrete spørsmålene ble avledet på grunnlag av den kunnskapen om afasirehabilitering som eksisterer per i dag og som er gjort rede for i kapittel 2 i denne oppgaven. For å oppnå best mulig validitet og reliabilitet i undersøkelsen ble det i formulering og bearbeiding av spørreskjemaet lagt vekt på å formulere spørsmålene slik at de var mest mulig entydige, klare og mulige for informantene å svare på (De Vaus 2004). De indikatorene som til slutt ble valgt, faller i fem kategorier som dekker følgende temaer:

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

Hvert tema ble splittet opp i undertemaer som det var mulig å formulere som spørsmål informantene kunne svare på. Spørsmålene innenfor hvert tema fungerte som variable som kunne innta forskjellige verdier, og som på denne måten karakteriserte informantene og dannet grunnlaget for den videre analysen av det innsamlede datamaterialet. To av de lukkede spørsmålene ble formulert slik at informantene kunne krysse av flere alternativer som passet.

Det ble benyttet to forskjellige spørreskjemaer: et som ble sendt til de som arbeidet med å gi afasirehabilitering (praktikere) og et til ledere av den kommunale virksomheten som hadde ansvaret for opplæringstilbud til afasirammede. Denne avgjørelsen ble tatt av grunner som vil bli gjort rede for i kapittel 3.4 "Pilotprosjekt". De to spørreskjemaene var delvis identiske, men bare praktikere fikk spørsmål som handlet om de-

taljer ved opplæringstilbudene og antall kommunale stillinger for afasilogoper. Ledere svarte på et spørreskjema som kun inneholdt mer generelle spørsmål som handlet om administrering, organisering av tilbudene og oppfatninger om kommunens ansvar for rehabiliteringstilbudene.

Spørsmål som både ledere og praktikere ble bedt om å svare på, var identifikasjonsspørsmål, som i tillegg til kommunenavnet også inneholdt informasjon om hvilken etat eller seksjon informanten arbeider i, og hvilken stilling informanten har der:

I. Identifikasjon av informantene: A.1 – A.3 i spørreskjemaet til både ledere og praktikere.

I tillegg til identifikasjonsspørsmål ble både ledere og praktikere bedt om å ta stilling til spørsmål, som dekker tema 1. i problemstillingen ” På hvilke måter løser kommunen oppgaven å tilby afasirammede rehabilitering?”:

II. Det logopediske tilbudet til afasirammede - hovedsakelig et kommunalt eller et privat tilbud, eller en kombinasjon av kommunale og private tilbud: B.1 – B.5 i spørreskjemaet til ledere og B.1 og B.3 – B.6 i spørreskjemaet til praktikere.

Spørsmål B.2 i denne gruppen var forskjellig for ledere og praktikere. Ledere fikk et spørsmål om kommunen kjøper logopediske tjenester for afasirammede fra en annen kommune, mens praktikere i tillegg fikk et spørsmål som er relatert til logopedkapasiteten i de kommunale tilbudene i problemstillingen:

III. Antall logoper som arbeider med rehabilitering av afasirammede og størrelsen på stillingsandeler: B.2 i spørreskjemaet.

Spørsmål som dekker temaene 3 og 4 i problemstillingen, dvs. tilgang til logopediske tjenester for afasirammede og oppfatninger om kommunens ansvar i henhold til lovgivningen, ble stilt både til ledere og til praktikere:

- IV. *Hvordan de logopediske tjenestene for afasirammede er administrativt organisert i kommunens administrasjon: C.1 – C.4 i spørreskjemaet til ledere og D.1 – D.4 i spørreskjemaet til praktikere.*
- V. *Oppfatninger om kommunalt ansvar for å tilby afasirehabilitering og oppfatninger om kommunens forpliktelse i henhold til Opplæringsloven: D.1 – D.3 i spørreskjemaet til ledere og F.3 – F.5 i spørreskjemaet til praktikere.*
- VI. *Kommunens syn på hvem som har det økonomiske og juridiske ansvaret for å tilby logopediske tjenester til en afasirammet etter at han/hun er kommet tilbake til hjemkommunen fra sykehuset: E.1 – E.3 i spørreskjemaet til både ledere og praktikere.*

Skjemaet som ble sendt til praktikere, inneholdt i tillegg fire spørsmål som knytter seg til temaene 3. og 5. i problemstillingen: kommunalt ansatte logopeders arbeidssted (VII), om praktikere ser på logopedisk afasirehabilitering som medisinsk rehabilitering eller som opplæring (VIII), om hvilke yrkesgrupper som deltar i sakkyndig vurdering av de afasirammedes behov for opplæring (IX), og om den opplæringen som gis, blir gitt av noen andre enn kommunalt ansatte logopeder, og om hvor stort omfang det kommunale tilbudet har målt i antall ganger opplæring gis og timer opplæring gitt per uke og i varigheten av tilbudet (X):

- VII. *De kommunalt ansatte logopeders arbeidssted: C.1 – C.5 i spørreskjemaet.*
- a. *Oppfatninger om afasirehabilitering som opplæring eller medisinsk rehabilitering: F.1 og F.2 i spørreskjemaet.*
 - b. *Yrkesgrupper som deltar i sakkyndig vurdering av afasirammedes behov for opplæring: G.1 – G.4 i spørreskjemaet.*
 - c. *Tilbud om opplæring av en kommunal logoped eller av en annen yrkesgruppe og omfanget i det kommunale tilbudet målt i ganger og timer per uke og over hvor lang tid er det vanlig at tilbudet gis: H.1 – H.3 i spørreskjemaet.*

Avgjørelsen om å be praktikere heller enn ledere besvare disse spørsmålene begrunnes ved at man regnet med at praktikere hadde de beste forutsetningene å gi opplysninger om de temaene som disse spørsmålene dekket. Spørsmålene F.1 og F.2 er av samme karakter; de kan best besvares av de som arbeider med afasirehabilitering i praksis og som er utdannet til å arbeide med opplæring av afasirammede.

3.3.1 Utforming av spørreskjemaer

Den visuelle utformingen av spørreskjema kan påvirke svarprosenten (De Vaus 2004). I dette prosjektet var det like viktig å velge utforming og format som var lett å sende som et vedlegg til en e-post. Derfor ble det brukt et format som informanter kunne åpne og skrive i, dvs. et format som kan bearbejdes ved hjelp av slik programvare for tekstbehandling som de fleste informantene har installert i sin datamaskin.

Lange og kompliserte spørreskjemaer kan føre til at informanter ikke returnerer svar fordi det oppleves som for tungvint å fylle ut skjemaet (De Vaus 2004). For å øke sannsynligheten for en høy svarprosent ble spørreskjemaet ganske begrenset i omfanget: skjemaet til ledere var på en A4 side som innholdt fem kategorier av spørsmål. Skjemaet til praktikere var på to A4 sider og innholdt åtte kategorier av spørsmål.

3.3.2 Åpne og lukkede spørsmål

Spørreskjemaene inneholder både lukkede og åpne spørsmål, og alle variablene måler på nominalt nivå. De fleste lukkede spørsmål er variabler som kategoriserer analyseenhetene i en av de tre kategoriene: ”Stemmer”, ”Vet ikke” og ”Stemmer ikke”. Alternativet ”Vet ikke” ble gitt for å øke sannsynligheten for at informantene skulle finne ”et sted å sette kryss”, og fordi det kunne tenkes at noen informanter faktisk ikke kunne svare på spørsmålet. Et slikt skala er likevel ikke en ekte dikotomi fordi variablene kan få tre verdier. Resten av de lukkede spørsmålene er ekte dikotomier som kategoriserer analyseenhetene i to grupper ved hjelp av variable som bare kan få to verdier (De Vaus 2004; Schiavetti og Metz 2002).

En annen type lukkede spørsmål er de som inneholder alternativer som ikke er gjensidig utelukkende. Også disse indikatorer ble brukt som klassifikasjonsvariable. Et eksempel på dette er spørsmål i punkt C. for praktikere. Dette spørsmålet kan innta flere verdier som karakteriserer en og samme informant:

De kommunalt ansatte logopeders arbeidssted:

C.1 Voksenopplæring

C.2 Pedagogisk-psykologisk tjeneste

C.3 Kommunalt rehabiliteringssenter

C.4 Sykehjem

På grunn av at informantene kunne krysse av flere alternativer, ble disse type spørsmål i den videre analysen betraktet som like mange variabler som det fantes alternativer.

De åpne spørsmålene er brukt der hvor informantene skulle få mulighet til å oppgi et eller flere ”alternativer”, og der det kan tenkes at det finnes enda flere alternativer enn de som er tatt med i spørreskjema, fordi den kategorien det søkes informasjon om, ikke er lukket. Et eksempel på dette er spørsmålene C.1 – 4 til praktikere om hvor de kommunalt ansatte logopedene arbeider. Derfor inneholder spørsmålet også alternativ C.5:

C.5 Andre kommunale institusjoner. Hvilke?

Åpne spørsmål er også brukt der hvor spørsmålet kan være vanskelig å besvare eksakt. Et godt eksempel er spørsmålene i H.2 der informantene blir bedt om å svare på hvor mange timer eller ganger per uke og over hvor lang periode de fleste afasirammede får opplæringstilbud gitt av en kommunalt ansatt logoped:

H.2 a) Hvor mange ganger per uke får de fleste afasirammede opplæring?

H.2 b) Hvor mange timer per uke får de fleste afasirammede opplæring?

H.2 c) Over hvor lang periode får de fleste afasirammede opplæring (år/måneder)?

H.2 d) Kommentarer til det du svarte i H.2 a) – c). (For eksempel opplæring gis fra 2 til 3 ganger /timer per uke eller fra 6 måneder til 2 år).

Det siste spørsmålet (H.2 d)) ble gitt fordi man forutså at det kan være vanskelig for mange praktikere å svare entydig for eksempel fordi pasientene kan ha forskjellige behov, ressurser kan variere og det kan mangle praksis på dette området på grunn av for liten erfaring.

Variablene a) – c) i punkt H.2 er de eneste kontinuerlige variabler i spørreskjemaet. I kodingsprosessen ble disse variablene omdannet til kategoriserende variable som målte på nominal nivå. Hensikten med dette var å gjøre disse variablene bedre egnede med tanke på de statistiske analysene av resultatene.

3.3.3 Koding

Koding av de lukkede spørsmålene ble utført ved å bestemme verdiene for svaralternativene slik at svaralternativet ”Stemmer” fikk verdien ”1”, svaralternativet ”Stemmer ikke” fikk verdien ”2” og svaralternativet ”Vet ikke” fikk verdien ”0”. Spørsmålene som inneholdt flere svaralternativer (for eksempel C.1. – 4.), og hvor informantene hadde muligheten til å krysse av flere enn et av disse, ble kodet med ”1” hvis informanten hadde krysset av alternativet og ”2” hvis informanten ikke hadde krysset av alternativet. De åpne spørsmålene ble kodet etter at alle de utfylte spørreskjemaene var returnert. Ubesvarte spørsmål (missing), uavhengig av om de var lukkede eller åpne, ble kodet med verdien ”9”, med unntak av spørsmål G.4 hvor missing ble kodet med ”0”.

De åpne spørsmålene ble kodet etter at man fikk oversikt over hvilke svar informantene ga. I identifiseringsspørsmålene ble det ansett som nødvendig å kode kommunenavnet siden kommunene er ferdig nummerert i tabellene fra Statistisk Sentralbyrås informasjonssystem som gir informasjon om kommunal virksomhet i Norge (Kommune-Stat-Rapportering, KOSTRA) som ble benyttet til å lage datatabeller over resultater (Statistisk Sentralbyrå 2006). I nøkkeltallene sammenstilles data som rapporteres direkte fra kommunene til Statistisk Sentralbyrå og tall hentet fra nasjonale registre utenfor Statistisk Sentralbyrås.

De åpne spørsmålene ble kodet ved å gi en tallverdi fra 1 og oppover til de svaralternativene som informantene hadde brukt. Eksempelvis variabel A.2 ”I hvilken administrativ seksjon eller etat i kommunen jobber du?” ble kodet med verdi ”1” når informanten oppga ”Utdanning” som svar, ”Helse” fikk verdien ”2”, ”Sentraladministrasjon” fikk verdien ”3” og ”Annet” verdien ”4” (se Tabell A.2 i vedlegg 8.1.1). For koding av svaralternativet ”Annet” i punkt C.4 for ledere og punkt D.4 for praktikere som var åpne spørsmål, se Tabell C/D.4 i vedlegg 8.1.3.

Variabel A.3 ”Hvilken stilling har du?” ble kodet separat for praktikere og ledere med verdier fra 1 til 5 for praktikere og med verdier fra 1 til 4 for ledere (se Tabell A.3 i vedlegg 8.1.2). Variabel B.2 til praktikere ”Angi antallet kommunalt ansatte logoped som arbeider med rehabilitering av afasirammede voksne i din kommune” var et delvis åpent spørsmål. Informantene hadde anledning til å oppgi antallet 100 % -stillinger og 50 % -stillinger eller oppgi andre stillingsandeler og antallet av disse. Svarene ble kodet ved å gi alternativene en tallverdi og antallet stillinger ble registrert i tabellen (jfr. Tabell B.2 i vedlegg 8.1.4).

I spørsmålet til praktikere ”Sakkyndig vurdering av afasirammedes behov for spesialundervisning vil i denne kommunen bli utført av:” var variabel G.4 et åpent spørsmål som ble kodet slik som vist i Tabell G.4 i vedlegg 8.1.5.

Til slutt var variablene H.2 og H.3 til praktikere åpne spørsmål. Variabel H.2 kunne informantene besvare på ordinalskala, dvs. de kunne oppgi det faktiske antallet ganger (H.2 a) og timer (H.2 b) per uke de fleste afasirammede får opplæring og oppgi hvor lenge de fleste afasirammede fikk opplæring målt i år og måneder (H.2 c). Koding av svarene i variabel H.2 vises i Tabell H.2 i vedlegg 8.1.6, og koding av svarene gitt i variabel H.3 vises i Tabell H.3 i vedlegg 8.1.7.

3.4 PILOTPROSJEKT

Det ble gjennomført en kort pilotundersøkelse for å teste spørreskjemaet. Hensikten med dette var å avdekke eventuelle svakheter i utformingen og innholdet i skjemaet. I utvelgelsen av informanter i pilotundersøkelsen ble det vurdert hvor mange og hva slags informanter ville kunne gi tilstrekkelig informasjon som kunne være nyttig med tanke på forbedringer i spørreskjemaet (De Vaus 2004). Man ønsket å få tilbakemelding i form av forslag til endringer i formuleringer av spørsmålene, forslag til å legge til eller fjerne spørsmål, og tilbakemelding om skjemaet var lett eller vanskelig å svare på (Gall, Gall og Borg 2007). Det var likevel ikke mulig å velge for mange informanter på grunn av tidsbegrensinger og begrenset arbeidskapasitet til å analysere svarene.

Spørreskjemaet ble derfor testet med et mindre antall kommuner som fikk sendt det første utkastet til spørreskjema. Skjemaet ble sendt til praktikere i 15 kommuner. Fem av disse kommuner var såkalte små kommuner, fem var mellomstore og fem var store kommuner. Små, mellomstore og store kommuner ble definert på samme måte som dette er gjort av Statistisk Sentralbyrå (2006), (jfr. kapittel 1.3). I utvalget av kommuner til testing ble det i tillegg til innbyggertallet i kommunene også tatt hensyn til geografisk spredning slik at testkommunene representerte 14 fylker fra nord til sør i Norge.

Informantene i disse 15 kommunene mottok informasjon om undersøkelsen, definisjon av noen sentrale begreper og veiledning om returnering av utfylt spørreskjema som vedlegg til e-post eller via vanlig post. Først etter denne pilottestingen fikk spørreskjemaet sitt endelige form og innhold.

Resultatet av pilotprosjektet viste at praktikere ikke opplevde spørreskjemaet som vanskelig å besvare, men flere av de som returnerte skjemaet, mente at skjemaet var for snevert i den forstand at det ikke dekket temaer som praktikere kunne gi opplysninger om. Det ble blant annet påpekt at omfanget og kvaliteten i rehabiliteringstilbudene ikke var dekket i spørreskjemaet. Dette førte til at det ble bestemt å bruke to istedenfor et spørreskjema. Det ene skjemaet ble utviklet med tanke på å dekke temaer om

omfanget og kvalitetsmessige aspekter ved rehabiliteringstilbudet som praktikere, men ikke ledere, kunne svar på.

3.5 GJENNOMFØRING

Analyseenhetene i denne undersøkelsen var alle de 433 kommunene i Norge som stod oppført med en e-postadresse til kommunens sentrale postmottak i listen over e-postadresser til norske kommuner på Kommunenes Sentralforbunds nettsider og nettsider til Kommunal Rapport i perioden 10.9.2006 – 10.12.2006 (Kommunenes Sentralforbud 2006 og Kommunal Rapport 2006). Også de 15 kommunene som deltok i pilotprosjektet deltok i hovedundersøkelsen.

Før spørreskjemaene kunne bli sendt ut til kommunene, ble det utarbeidet e-postlister for hvert fylke. E-postadressen til det sentrale postmottaket til hver kommune i Norge var oppført på nettsidene til Kommunenes Sentralforbund og Kommunal Rapport fylkesvis. Ved å gå inn på hver av de 19 fylkene og Oslo kommune var det mulig å få en liste over kommunene i fylket og bydelene i Oslo. Kommunene og bydelene er oppført med kommunenavn og e-postadresse til kommunens sentrale postmottak på denne listen. For å kunne nå hele populasjonen ved hjelp av e-post på en rask og lettvinnt måte ble det laget separate postlister for hvert av de 19 fylkene i Norge. Disse postlistene besto av e-postadressene til alle kommunene i hvert fylke. For Oslo inneholdt postlisten e-postadressene til alle bydelene. På denne måten var det mulig å sende 20 e-poster med vedlegg istedenfor 433 e-poster, som var det totale antallet analyseenheter i denne undersøkelsen.

Kommunene ble sendt to separate spørreskjemaer. Spørreskjemaene ble sendt til personer som har lederansvar for slike tilbud ("ledere"), og personer som arbeider med rehabilitering av afasirammede i praksis ("praktikere"). Informantene ble bedt om å svare på de aspekter ved rehabiliteringstilbudene i kommunene som er beskrevet i kapittel 1.3 "Problemstilling og avgrensing". Denne fremgangsmåten ble valgt fordi man antok at leder av utdanningstilbudene i kommunen kan svare på om kommunen har et opplæringstilbud til afasirammede, og om dette tilbudet er hovedsakelig kommunalt

eller privat, eller en kombinasjon av kommunale og private løsninger. Ledere skal også kunne svare på hvordan opplæringstilbudene er organisert i kommunen. Det var grunn til å tro at ledere også ville kunne opplyse om oppfatninger kommunen har angående kommunens ansvar for å tilby slik opplæring, og om dette ansvaret er nedfelt i lovverket. Praktikere ble ansett som informanter med bedre forutsetninger enn ledere til å svare på spørsmål som handler om detaljer om kvalitative sider ved opplæringstilbudene, antall stillinger til dette arbeidet og omfanget av tilbudene.

Avgjørelsen om å sende spørreskjemaene med informasjon og veiledning til det sentrale postmottaket i kommunene istedenfor direkte til ledere av kommunens utdanningsvirksomhet og til kommunale logoped, ble tatt etter en vurdering av sannsynligheten for å finne riktig e-postadresse til alle de personene som man ønsket som informanter. På grunn av at kontaktinformasjonen på nettsidene til svært mange kommuner er mangelfull og lite oversiktlig ble sannsynligheten for at spørreskjemaet med vedlegg kunne havne i feil adresse, vurdert for å være ganske stor. I tillegg antok man at det kunne forekomme stor variasjon mellom kommunene angående organisering av tjenester for afasirammede i forskjellige etater eller virksomheter. Av slike grunner ble alternativet å sende spørreskjemaet direkte til navngitte ledere og praktikere i alle 433 kommuner, forkastet som praktisk ugjennomførbart og tidkrevende.

3.5.1 Informasjon og veiledning til informanter

Etter endringene som ble gjort i spørreskjemaet, som et resultat av pilotprosjektet, ble det sendt ut to forskjellige spørreskjemaer, det ene til praktikere og det andre til ledere. Spørreskjemaene sammen med informasjon om undersøkelsen (vedlegg 8.8, 8.9 og 8.4, 8.5) og informasjon om spørreskjemaet (vedlegg 8.2 og 8.3) ble sendt som vedlegg til en e-post til det sentrale postmottaket i hver kommune. I denne e-posten ble det sentrale postmottaket oppfordret til å videresende e-posten med vedlegg til både lederen av utdanningsvirksomheten og til en logoped eller en annen praktiker, som arbeidet med rehabilitering av afasirammede. E-posten inneholdt en veiledning om hvordan og til hvilken adresse spørreskjemaet kunne returneres, svarfrist og kontaktinformasjon til avsenderen med tilbud om å ta kontakt per e-post eller telefon i tilfellet informant

hadde noen spørsmål om utfylling eller returnering av spørreskjemaet (vedlegg 8.6 og 8.7) (Gall, Gall og Borg 2007).

3.5.2 Utsendelse av spørreskjema

Den første utsendelsen av spørreskjemaet skjedde 18.10.2006 med svarfrist 10.11.2006. Til sammen 866 spørreskjemaer med vedlegg ble sendt til kommunene ved første utsendelse. Dette resulterte i en svarprosent på rundt 46 av alle kommunene. Deretter ble det sendt ut en påminnelse 17.11.2006 med svarfrist 10.12.2006. Dette ga svarprosent på rundt 53 av alle kommunene.

Allerede etter den første utsendelsen ble det klart at noen av e-postadressene ikke var korrekte og de sendte e-postene kom tilbake i retur. For å kunne nå også de kommunene som ikke fikk skjemaet ved første utsendelse, ble det gjort søk på nettsidene til de kommunene som man ikke fikk kontakt med ved første forsøk. Deretter ble postlistene oppdatert med nye e-postadresser som man visste var i bruk. Etter dette ble spørreskjemaet med vedlegg sendt på nytt til disse kommunene, og i brevet med informasjon om undersøkelsen ble det understreket at det var viktig at så mange som mulig returnerte et utfyllt spørreskjema, og at dette også gjaldt kommuner som ikke hadde kommunalt ansatte logopeder som arbeider med rehabilitering av afasirammede.

3.6 BEARBEIDING AV DATA OG STATISTISKE ANALYSER

I tråd med problemstillingen var målsettingen for de statistiske analysene av de innsamlede dataene at det kunne regnes ut frekvenser og statistiske sammenhenger mellom noen avhengige og uavhengige variabler (Gall, Gall og Borg 2007). Variablene som ble valgt til spørreskjemaet, ble kodet slik at alle variablene måler på nominalt nivå. Denne avgjørelsen begrenset mulige analyser av data med tanke på tester på statistiske sammenhenger, men egnet seg bra til deskriptiv statistikk i form av frekvenstabeller.

De ferdige Excel – tabellene som ble hentet fra KOSTRA, dannet utgangspunktet til datatabellene hvor resultatene ble kodet. I tabellene dannet analyseenheter (dvs.

kommunene med navn og kommunenummer) rader, og spørsmålene innen for hver gruppe A – H, gruppert i kategoriene 1 - 5 dannet kolonner (jfr. kapittel 3.3).

For å finne ut om det finnes en statistisk sammenheng mellom variablene B1. ”I denne kommunen finnes det kommunalt ansatte logopeder som arbeider med afasirammede.” og B4. (den samme variabelen som B5. for praktikere) ”I denne kommunen finansieres logopediske tjenester for afasirammede av Rikstrygdeverket.”, på den ene siden, og kommunestørrelsen målt i innbyggertallet i kommunene, på den andre, ble det foretatt enkle analyser på statistisk sammenheng mellom de avhengige variablene B1 og B4. (B5.) og den uavhengige variabelen ”Kommunestørrelse målt i innbyggertallet i kommunene”. Disse analysene ble gjort med Pearson χ^2 – test og styrken i en eventuell samvariasjon ble gjort med ϕ – test. Det ble foretatt tre separate tester, en for hvert par av kommuner gruppert etter innbyggertall.

I alle beregninger og tester ble det utnyttet mulighetene i Excel – regnearkprogrammet. Korrelasjonstester og styrken i samvariasjon ble kalkulert ved å utnytte de formlene for χ^2 – test og ϕ – test som finnes i pensumlitteraturen for SPED 4010 i statistikk (Sørensen 2005) Selve regneoperasjonene ble utført ved hjelp av Excel. I tillegg ble det utnyttet statistiske tabeller for χ^2 – distribusjon (Ringdal 2007.).

3.7 VALIDITET OG RELIABILITET

Målet med denne undersøkelsen er å kunne skaffe til veie kunnskap om hvordan kommunene praktiserer sitt ansvar for afasirehabilitering og hvordan det kommunale rehabiliteringstilbudet til afasirammede i kommunene er organisert, administrert og tilgjengelig for brukere. For å kunne oppnå dette bør denne undersøkelsen oppfylle de generelle kravene til presisjon, stabilitet og troverdighet som stilles til vitenskapelige undersøkelser. Resultater av denne undersøkelsen er å stole på dersom den måten undersøkelsen er gjennomført på, oppfyller kravene til validitet og reliabilitet (Befring 2002).

Hvis spørsmålene i spørreskjemaet ikke er formulert tilstrekkelig entydig og klart, kan presisjonen og stabiliteten i måleinstrumentet være for dårlig til at resultatene kan stoles på. Dårlig måleinstrument kan føre til at til og med en og samme person kan oppfatte spørsmålet forskjellig ved forskjellige anledninger. Dette vil svekke reliabiliteten av resultatene. Måling som ikke oppfyller kravene til reliabilitet, kan derfor heller ikke være valid (Schiavetti og Metz 2002).

Validiteten av resultatene av en survey er avhengig av at de indikatorer som er brukt i spørreskjemaet, er egnet til å måle de fenomener i virkeligheten som man har som hensikt å undersøke (Lund 2002). Indikatorer med dårlig validitet kan dermed føre til målefeil, dvs. man får ikke svar på det man ønsker å få svar på (Schiavetti og Metz 2002). Validitetssystemet brukt i denne undersøkelsen baserer seg på Cook og Campbells system (1979) slik det er beskrevet i Lund (2002).

3.7.1 Reliabilitet

For å styrke reliabiliteten av resultatene ble det gjort en pilotundersøkelse for å teste spørreskjemaet både med hensyn til formulering av og innholdet i spørsmålene (jfr. kapittel 3.4). I tillegg ble det lagt vekt på at svartalternativene skulle være lette å forholde seg til, slik at informantene ikke ville ha vanskelig for å forstå hva de svarte på og hva det å krysse av et bestemt svaralternativ betydde (De Vaus 2004).

Som et resultat av pilotundersøkelse ble det bestemt at spørreskjemaet burde sendes til både ledere og praktikere som arbeider innenfor afasirehabilitering i kommunen. Dette ble vurdert som viktig for å øke sannsynligheten for at informantene ville ha tilstrekkelige forutsetninger for å svare på spørsmål som på den ene siden gjaldt detaljer i rehabiliteringstilbudet til afasirammede, og på den andre siden de spørsmålene som gjaldt økonomiske og juridiske spørsmål angående kommunale rehabiliteringstilbud til afasirammede.

Det ble ansett som viktig å anstrenge seg for å utforme spørreskjemaet slik at reliabiliteten og begrepsvaliditeten av resultatene skulle bli best mulig (De Vaus 2004). Derfor

ble det brukt ganske lang tid på operasjonalisering av begrepene i problemstillingen og avledning av de spørsmålene og utsagnene som skulle være med i spørreskjemaet.

Reliabiliteten av resultatene ble også forsøkt styrket ved å vedlegge spørreskjemaet et skriv med korte definisjoner av de sentrale begrepene som gjentok seg i spørsmålene i skjemaene (vedlegg 8.2 og 8.3). På denne måten ønsket man å unngå svært forskjellige tolkninger av spørsmålene, noe som var en reell mulighet siden informantene måtte besvare spørreskjemaet uten hjelp av en intervjuer som kunne avklare eventuelle misforståelser (De Vaus 2004).

I informasjonsskrivet som ble sendt sammen med spørreskjemaet, ble informantene gitt mulighet til å kontakte prosjektlederen per telefon eller per e-post i tilfelle det var noe som helst usikkerhet rundt utfylling av spørreskjemaet. Denne muligheten ble gitt for å unngå at reliabiliteten skulle bli svekket på grunn av at informantene ikke hadde mulighet til å avklare mulige misforståelser om spørsmålene. Dette er en kjent svakhet med en survey hvor det ikke blir brukt personlig intervju, men spørreskjemaet distribueres gjennom post eller slik som i denne undersøkelsen gjennom e-post (De Vaus 2004).

3.7.2 Validitet

Mens reliabilitet har med stabiliteten av målingene å gjøre, vil validiteten ha følger for hvor vidt man måler det man ønsker å måle gjennom undersøkelsen (De Vaus 2004).

En undersøkelse med høy grad av validitet vil dermed gi troverdige resultater som forteller noe om de fenomener i virkeligheten man ønsker å belyse med undersøkelsen. Derfor vil man alltid i en undersøkelse streve etter størst mulig begrepsvaliditet, statistisk validitet og ytre validitet.

Begrepsvaliditet vurderes som graden av samsvar mellom et teoretisk begrep og den måten man har operasjonalisert dette begrepet på (Lund 2002). I denne oppgaven vil denne typen validitetsspørsmål være relevante for vurdering av operasjonaliseringen av de temaene som er beskrevet i problemstillingen. Slike temaer som ”*Antall logope-*

der som arbeider med rehabilitering av afasirammede og størrelsen på stillingsandeler” er nokså uproblematisk å operasjonalisere og måle. Temaene: ”Kommunale versus ikke-kommunale løsninger på oppgaven å tilby afasirammede rehabilitering”, ”De afasirammedes tilgang til logopediske opplæringstilbud” og ”Kommunenes oppfatninger om det juridiske og økonomiske ansvaret for å gi et tilbud” i problemstillingen representerte en utfordring med tanke på en slik operasjonalisering som ville garantere et rimelig samsvar mellom de variablene som ble valgt og det man ønsket å måle. Dette ble løst ved å bruke den eksisterende kunnskapen om hvordan rehabiliteringsoppgaven blir løst, hvordan tilbudene er gjort tilgjengelige og hvordan kommunenes ansvar er regulert i lovverket (jfr. kapittel 2.4 og 2.5).

Den statistiske validiteten har med graden av nøyaktighet og representativitet av resultatene av en undersøkelse å gjøre (Lund 2002). Slutninger som trekkes på grunnlag av statistiske beregninger, kan betraktes som valide når det er mulig å finne tendenser i data som har nok styrke til at de kan betegnes som statistisk signifikante. Forutsetninger for en god statistisk validitet er at utvalgene er representative og store nok, og at de statistiske analysene som brukes er tilpasset målenivået for de avhengige og uavhengige variablene som inngår i testen.

De statistiske beregningene er foretatt med analyser som egner seg for variable som måler på nominalt nivå. Dermed har ble de to vanligste truslene mot god statistisk validitet unngått.

3.7.3 Ytre validitet og generaliserbarhet

I dette prosjektet kartlegges et fenomen som det på forhånd finnes ganske lite kunnskaper om. Derfor mangler det gode nok kriterier for å foreta et valg blant medlemmene av gruppen slik at dette utvalget representerer variasjonen i populasjonen. Ved å bruke et utvalg ville muligheten for å velge et skjevt eller ikke-representativt utvalg kunne bli ganske stor (Lund 2002). Dette er et vanlig trussel mot ytre validitet og generaliserbarhet av empiriske resultater.

Disse refleksjonene førte til at det i dette prosjektet ble valgt å undersøke hele populasjonen, som er alle kommunene i Norge 10.09.2006. Gjennom dette valget ønsket man å unngå validitetsproblemer knyttet til et skjevt utvalg. Man ønsket at resultatene av undersøkelsen skulle kunne være gyldige for hele populasjonen. Ideelt sett forutsetter dette likevel at alle informantene svarer på undersøkelsen. Dette ble ikke tilfelle i denne undersøkelsen.

Den ytre validiteten i denne undersøkelsen kan svekkes blant annet ved at de kommunene som har besvart undersøkelsen skiller seg ut på en måte som innebærer at de ikke er representative for populasjonen (Lund 2002). Dette er en reell mulighet hvis undersøkelsen er blitt besvart av en gruppe informanter som ikke representerer populasjonen i sin helhet. Derfor kan det herske usikkerhet om de oppnådde resultatene av undersøkelsen er gyldige også for de kommunene som ikke har besvart. Dette er et spørsmål som skal drøftes nærmere i kapittel 3.9 "Metodekritiske betraktninger".

Svarprosenten kan påvirkes av flere faktorer som blant annet har med lengden av spørreskjemaet og formulering av spørsmålene å gjøre (De Vaus 2004). Svarprosenten kan også påvirkes av den måten spørreskjemaene blir distribuert på. I denne undersøkelsen oppnådde man total svarprosent på 53 % av 433 kommuner. Dette er noe lavere enn forventet og ønsket. Den lave svarprosenten vil begrense generaliserbarheten av resultatene. Svarprosenten fra de store kommunene var 80 %. Dette er meget tilfredsstillende ved det at det gjør mulig å betrakte resultatene som gyldige for hele populasjonen i de 46 store kommunene. Selv om den landsomfattende svarprosenten kunne vært høyere, er 74 % av befolkningen i Norge bosatt i de kommunene som har besvart undersøkelsen. Dermed gir resultatene et rimelig bra bilde av de kommunale afasirehabiliteringstilbudene for ca $\frac{3}{4}$ av befolkningen.

3.8 ETISKE HENSYN

I dette prosjektet ble det ikke samlet inn informasjon om enkeltpersoner og det faller derfor ikke inn under lovverket i Personopplysningsloven. Selv om spørreskjemaene ble besvart av personer, inneholdt ikke skjemaet noen spørsmål som kan betraktes som personopplysninger eller sensitive opplysninger. Informantene svarte på spørsmålene i egenskap av å være ansatt i kommunen eller engasjert av kommunen til å yte tjenester til afasirammede. Informantene ga opplysninger bare om saksforhold som har offentlig karakter og gjelder kommunenes måte å organisere logopedisk hjelp til afasirammede i kommunen på.

Til tross for dette vurderte jeg om prosjektet kan være meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dette ble vurdert fordi spesielt i små kommuner kan forholdene være så gjennomsiktige at det ville være mulig å identifisere de personene som har fylt ut skjemaet. Min konklusjon er at dette prosjektet ikke er meldepliktig til NSD og ikke faller under Personopplysningsloven med den begrunnelsen at det ikke samles inn informasjon om noe som ikke er offentlig informasjon.

Etisk og faglig forsvarlig forskning bør være av høy vitenskapelig kvalitet, og den skal kunne gi resultater som er nye og nyttige (Befring 2002). For at forskningen skal være troverdig og bli akseptert, må den respektere samfunnets grunnleggende normer for å være tillitvekkende. Forskningen har likevel behov for frihet og uavhengighet, frihet til å søke ny kunnskap. Kommersielle eller andre aktører kan ha interesser som kan komme i konflikt med forskningens krav til åpenhet, frihet og uavhengighet. I mitt prosjekt er dette relevant fordi prosjektet er bestilt av Afasiforbundet. Det er derfor viktig for meg å reflektere over eventuelle interessekonflikter som kan oppstå fordi prosjektet tar sikte på å samle inn informasjon som etter Afasiforbundets formålparagraf er en del av forbundets interessepolitiske arbeid som tar sikte på å bedre situasjonen til afasirammede og deres nære pårørende. Afasiforbundet ved styret har likevel gitt meg helt frie hender i utforming, valg av metode og gjennomføring av prosjektet. Det eneste det er lagt føringer på, er den sentrale problemstilling, som opprinnelig er foreslått av meg til nestlederen i Afasiforbundet i Norge.

3.9 METODEKRITISKE BETRAKTNINGER

Valget av survey som metode begrenser muligheten til å gå i dybden i det fenomenet man ønsker å undersøke. Dermed vil man ikke kunne få frem detaljert informasjon om kvalitative aspekter ved det fenomenet som skal undersøkes, men metoden gjør det mulig å dekke et stort antall informanter og sammenligne disse med hensyn til de samme egenskapene (De Vaus 2004).

Survey er heller ikke godt egnet til å finne årsakssammenhenger mellom fenomener eller hendelser eller til å forklare observasjoner. En svakhet med survey sammenlignet med intervju, er også at muligheten til å kontrollere at informantene oppfatter spørsmålene likt er dårlig. Denne undersøkelsen ble likevel gjennomført som en survey ved hjelp av spørreskjema fordi denne metoden egner seg best til å skaffe til veie informasjon fra et stort antall analyseenheter (De Vaus 2004).

Bruk av spørreskjema kombinert med e-post som distribusjonskanal kan være problematisk av flere grunner: Man har liten kontroll over hvem som svarer på skjemaet, spørreskjema i elektronisk form kan også virke avskrekkende på mange informanter, kommunene kan ha dårlige rutiner på behandling av henvendelser per e-post, og informantene kan mangle datakunnskaper. I tillegg ble ikke spørreskjemaet i denne undersøkelsen sendt til navngitte personer men til kommuner via det sentrale postmottaket.

Slike faktorer kan ha ført til at man ikke nådde høyere svarprosent i denne undersøkelsen selv om det ble gjort forsøk på å redusere slike svakheter ved å sende alle kommunene et informasjonsskriv om undersøkelsen og instruksjer om hvem som burde fylle ut spørreskjemaet. Informantene fikk også detaljerte anvisninger om på hvilke måter spørreskjemaet kunne fylles ut og returneres og ved manglende svar ble det sendt purring. I tillegg ble informantene tilbudt mulighet til å kontakte prosjektlederen på telefon og e-post med spørsmål om utfylling og returnering av skjemaet.

Selv om valg av metode og distribusjon av spørreskjema via e-post kan ha svekket svarprosenten, er det en fordel at informantene danner en veldefinert populasjon som det finnes omfattende mengde informasjon om bortsett fra slik informasjon som denne undersøkelsen tar sikte på å kartlegge. Dette gjelder også de kommunene som ikke har besvart undersøkelsen. Dette gjør det mulig å undersøke om de kommuner som har besvart, skiller seg fra de som ikke har besvart, på en systematisk måte. Hvis det ikke finnes noen systematiske forskjeller mellom de to gruppene, kan man trekke den konklusjonen at den ytre validiteten av resultatene er god selv om svarprosenten kan være lavere enn ønskelig (Lindner, Murphy og Briers 2001). Slike systematiske forskjeller mellom de to gruppene er geografisk spredning og folketall. Dette skal undersøkes nærmere i kapittel 4.4 "Forholdet mellom tilbud og behov".

4 PRESENTASJON OG DRØFTING AV RESULTATER

Resultatene vil i dette kapitlet presenteres slik at man etter gjennomgang av svarprosenten i kapittel 4.1, ser på hvilke løsninger på rehabiliteringstilbud kommunene bruker, hvordan tjenestene er tilgjengelige for de afasirammede, hvordan kommunene oppfatter sitt ansvar for å tilby slike tjenester og om informantene oppfatter afasirehabilitering som opplæring eller medisinsk rehabilitering (Kapittel 4.2).

Deretter vil det legges frem resultater som viser forskjeller mellom store, mellomstore og små kommuner både med hensyn til antall kommuner med kommunale tjenester, og kapasitet og kvalitetsmessige aspekter ved de kommunale tjenestene i disse kommunene (Kapittel 4.3).

I kapittel 4.4 vil det drøftes i hvilken grad resultater av denne undersøkelsen også gjelder for de kommunene som ikke har besvart og hva resultatene forteller om kapasiteten i de kommunale tilbudene sammenlignet med de afasirammedes behov for rehabilitering. Det vil videre legges frem resultater angående hvor mange av de nye afasirammede årlig som med dagens kommunal kapasitet på afasirehabilitering kan få et tilfredsstillende tilbud⁴.

4.1 SVARPROSENT

Spørreskjemaundersøkelser via e-post har rykte for å føre til lav svarprosent (De Vaus 2004). Det er blitt rapportert nokså lave gjennomsnittlige svarprosent på 36,83 % i 31 surveyundersøkelser som benyttet e-post og som ble gjennomført i årene 1986 til 2000 (Sheenan 2001). Det kan likevel forventes tilnærmet samme svarprosent som ved postenquete (ca 60 %) i en spørreskjemaundersøkelse hvor spørreskjemaene sendes per e-post til et utvalg av identifiserte informanter, spesielt hvis den gruppen som undersøkes, danner en veldefinert gruppe og gruppen er knyttet til samme datanett.

⁴ Et tilfredsstillende tilbud er definert som minimum 3 timer opplæring ukentlig (jfr. kapittel 2.3.4).

I denne undersøkelsen ble hele populasjonen undersøkt. I en viss forstand danner denne populasjonene en veldefinert gruppe, dvs. alle kommunene i Norge. Likevel kan ikke informantene som besvarte spørreskjemaet, karakterisere som en homogen gruppe som i kraft av å være medlem i en organisasjon, er knyttet via et felles datanett. Det kan heller ikke forventes at det fenomenet og de temaene informantene ble bedt om å ta stilling til, er slike som engasjerer alle informantene i like stor grad ⁵.

I denne undersøkelsen hadde man ved utløp av den siste svarfristen (10.12.2006) mottatt totalt 270 svar. 80 av disse svarene kom fra 40 kommuner hvor både ledere og praktikere leverte svar. I alt fikk man svar fra 230 forskjellige kommuner. Det var store forskjeller i svarprosenten mellom store, mellomstore og små kommuner: 80 % av de store og 56 % av de mellomstore kommunene, men bare 46 % av de små kommunene svarte på undersøkelsen (Tabell 1). Dette gir en svarprosent på 53 % av alle kommunene.

Tabell 1. ”Andelen av kommuner representert i resultatene totalt og fordelt på store, mellomstore og små kommuner.”

Kommuner	Antall totalt	Besvart (antall)	Besvart (%)
Store	46	37	80
Mellomstore	148	83	56
Små	239	110	46
SUM	433	230	53

N=433

Hvorvidt svarprosent på 53 kan anses som bra nok til at man kan betrakte resultatene som gyldige for hele populasjonen, er også avhengig av om det finnes gode grunner til å tro at de medlemmene av populasjonen som ikke responderte, skiller seg systematisk fra de som responderte (Lindner, Murphy og Briers 2001). Uavhengig av spørsmålet om gyldigheten av resultatene for hele populasjonen gir resultatene i undersøkelsen et

⁵ Engasjement og interesse for det temaet som blir undersøkt, har man vurdert som en faktor som kan øke svarprosenten (Sheenan 2001).

riktig bilde av hvordan afasirehabiliteringstilbudet er for 74 % av befolkningen i Norge (Tabell 2).

Tabell 2. ”Andelen av befolkning representert i resultatene totalt og fordelt på store, mellomstore og små kommuner.”

Kommuner	Befolkning totalt	Befolkning i kommuner som har besvart	Besvart (% av innbyggere i kommuner)
Store	2604240	2319321	89
Mellomstore	1449648	842489	58
Små	586014	290824	50
SUM	4639902	3452634	74

N=433

Selv om det er positivt at resultatene omfatter så stor andel av befolkningen, oppstår det årlig 3480 nye slagtilfeller i de kommunene som ikke har besvart, og 1160 av disse pasienten får afasi som et utfall av slaget.

De mottatte svarene representerte praktikere i 122 og ledere i 148 kommuner. Svarene fra de 122 praktikere fordeler seg mellom 18 store, 44 mellomstore og 60 små kommuner. Fra ledere fikk man svar fra 26 store, 51 mellomstore og 71 små kommuner. Diagram 1. viser prosentandelen av svar fra praktikere og ledere i store, mellomstore og små kommuner.

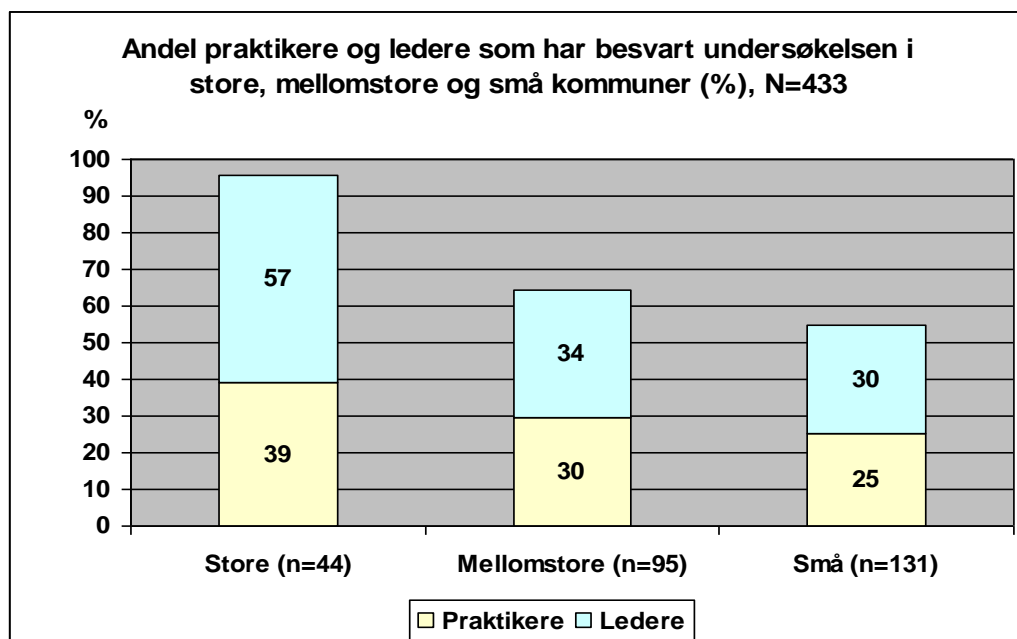


Diagram 1. Andel praktikere og ledere som har besvart undersøkelsen i store, mellomstore og små kommuner (%), N=433.

Svarprosenten fra ledere er større i store kommuner (57 %) enn i både mellomstore og små kommuner (henholdsvis 34 og 30 %). Samme gjelder svar fra praktikere; 39 % av praktikere i de store kommunen har svart mens av praktikere i de mellomstore og små kommunene er svarprosenten henholdsvis 30 og 25 %.

Svarene kom hovedsakelig fra tre forskjellige kommunale etater og virksomheter. 71 % av svarene kom fra utdanningsvirksomheten i kommunen, 14 % kom fra sentraladministrasjonen og 10 % fra kommunal virksomhet knyttet til helse (Diagram 2).

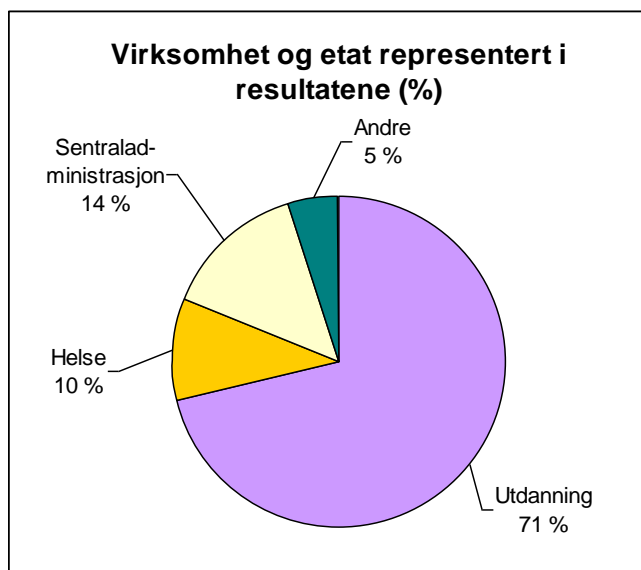


Diagram 2. Virksomheter og etater representert i svarene fra alle informanter (%), N=270.

Informanter som svarte at deres arbeid var knyttet til utdanningsvirksomheten i kommunen, var hovedsakelig logoped, spesialpedagoger og ledere i kommunens utdanningsvirksomheter. Informanter knyttet til helsevirksomheter var fysioterapeuter, ergoterapeuter og ledere av rehabiliteringstilbudene i kommunen. De som oppga sentraladministrasjonen som sin etat, var ledere som ofte var knyttet til rådmannens stab.

Man ønsket å få svar fra ledere knyttet til utdanningsvirksomhet og praktikere med erfaring fra rehabilitering av afasirammede. De fleste praktikere var ansatt som logoped. De fleste som var ansatt som ledere oppga at de arbeidet som ledere ved et PPT kontor eller ved voksenopplæringen i kommunen. Resultatene viser at 71 % av svarene fra praktikere ble gitt av logoped (Diagram 3), og 92 % av svarene fra ledere ble gitt av enten ledere eller konsulenter i sentraladministrasjonen i kommunen (Diagram 4.).

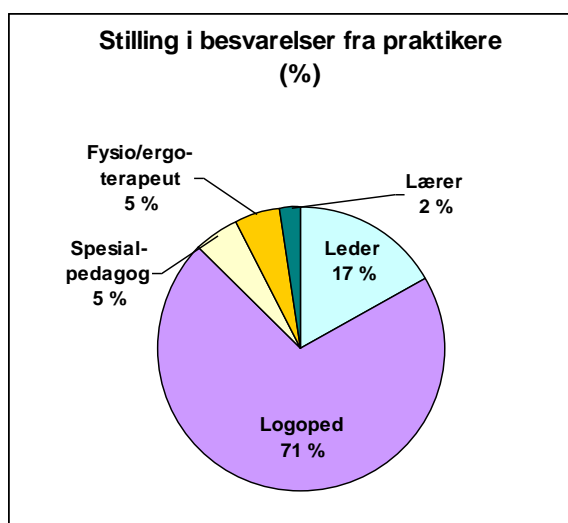


Diagram 3. Stillinger til praktikere som besvarte spørreskjemaet (%), N=122

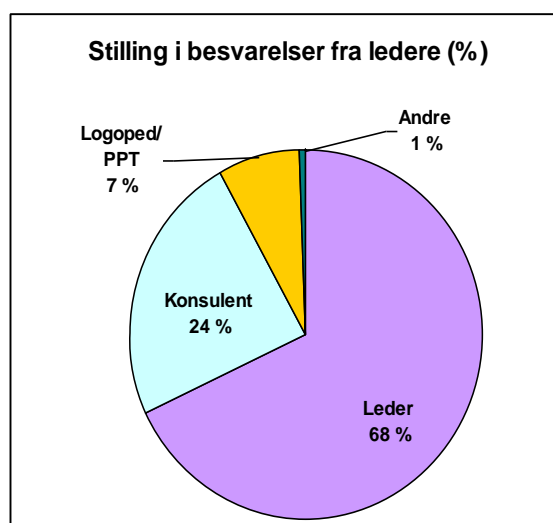


Diagram 4. Stillinger til ledere som besvarte spørreskjemaet (%), N=148

Resten av svarene (8 %) kom fra logoped eller spesialpedagoger som hadde et overordnet ansvar for koordinering av tiltak i forhold til forskjellige brukergrupper, blant annet de afasirammede. Disse to gruppene til sammen utgjør 88 % av. Dette viser at man klarte å nå informanter som hadde kunnskaper om det praktiske rehabiliteringsarbeidet i kommunene.

Den lave svarprosenten fra de små kommunene skyldes trolig delvis at ca 30 % av de små kommunene har en befolkning på under 3000 innbyggere. Dette kommer frem også av kommentarene fra praktikere i mange små kommuner:

”En liten kommune med ca 1000 innbyggere og det er lange perioder uten afasipasienter og de er ikke opparbeidet grunnlag til å regne ut et gjennomsnitt. Det er avtalt med skoleadministrasjonen at logoped skal trekkes ut frå timer i skolen for å arbeide med afasipasienter ved behov. Det vil være kapasitet til å arbeide med afasipasienter inntil 2-3 timer pr uke.”

Dermed oppstår behovet for afasirehabilitering i slike kommuner relativt sjeldent, og problemstillingen i denne undersøkelsen kan ha virket fremmed for informantene.

4.2 TILGJENGELIGHET OG ORGANISERING AV TILBUDENE

I kapitlene 4.2.1–3. legges det frem resultater på hvilke måter de 230 kommunene som har besvart undersøkelsen, løser sin lovpålagte oppgave å med gi de afasirammede innbyggere tilgang til afasirehabilitering i hjemkommunen, de kommunale logopeders arbeidssted og den administrative organiseringen av logopediske tjenester for afasirammede. Disse resultatene belyser problemstillingen med hensyn til temaene 1. ”Kommunale versus ikke-kommunale løsninger på oppgaven å tilby afasirammede rehabilitering.” og 3. ”De afasirammedes tilgang til logopediske opplæringstilbud.”

Deretter legges det frem resultater knyttet til tema 4. ”Kommunenes oppfatninger om det juridiske og økonomiske ansvaret for å gi et tilbud.” ved å vise hvordan kommunene oppfatter sitt ansvar for afasirehabilitering i henhold til Opplæringsloven og hvilket forvaltningsnivå som etter kommunenes oppfatning har det økonomiske og juridiske ansvaret for rehabiliteringstilbud for afasirammede etter at disse er kommet tilbake til hjemkommunen etter et sykehusopphold (kapitlene 4.2.4–5.). I kapittel 4.2.6 vil man se om kommunene oppfatter afasirehabilitering som opplæring eller medisinsk rehabilitering. Til slutt vil funnene bli oppsummert i kapittel 4.2.7.

4.2.1 Løsninger på logopediske rehabiliteringstilbud

Resultatene av denne undersøkelsen viser at 123 (53 %) av de 230 kommuner som har svart, oppgir at kommunen ikke har kommunalt ansatte afasilogopeder. 106 av kommunene (46 %) oppgir at kommunen har ansatt afasilogopeder, og én kommune har ikke besvart dette spørsmålet. 113 kommuner finansierer logopedtjenester for afasirammede over RTV avtalen (49 %). 43 % av kommunene kjøper tjenester fra privatpraktiserende logopeder. I dette materialet er antall kommuner som kjøper tjenester fra en annen kommune eller har inngått et interkommunalt samarbeid om tjenester for afasirammede, lavt: henholdsvis 10 % og 17 % (Tabell 3).

Tabell 3. ”Forskjellige løsninger på å gi afasirammede et tilbud om logopediske tjenester⁴”, N=230

Kommunen:	Stemmer (%)	Stemmer ikke (%)	Ubesvart (%)
• Har kommunalt ansatte afasilogopeder.	46	53	0
• Kjøper tjenester fra en annen kommune	10	83	7
• Kjøper fra privatpraktiserende afasilogopeder	43	53	4
• Finansierer logopedtjenester for afasirammede over RTV -avtalen	49	44	7
• Har et interkommunalt samarbeid om tjenester for afasirammede	17	76	8

Resultatene viser at mindre enn halvparten (46 %) av kommunene som har svart på undersøkelsen, har kommunalt ansatte afasilogopeder. 53 % av disse kommunene kjøper tjenester fra privatpraktiserende logopeder, og de fleste av disse kommuner finansierer kjøpene gjennom RTV avtalen. Kjøp av tjenester fra en annen kommune og interkommunalt samarbeid om slike tjenester er svært lite brukt i de 230 kommunene som har svart på disse spørsmålene. Kommunale løsninger i form av kommunalt ansatte logopeder, kjøp av tjenester fra en annen kommune eller interkommunalt samarbeid er brukt av 72 % av disse 230 kommunene.

I de kommunene som oppgir at det ikke finnes kommunalt ansatte logopeder som arbeider med afasirehabilitering i kommunen, brukes kjøp fra privatpraktiserende og finansiering av disse tjenester over RTV avtalen i stor grad (Tabell 4).

Tabell 4. ”Løsninger i de kommuner som oppgir at kommunen ikke har kommunalt ansatte afasilogopeder.”, N=123

Kommunen:	Stemmer (%)
• Kjøper tjenester fra en annen kommune	17
• Kjøper tjenester fra privatpraktiserende afasilogopeder	62
• Finansierer logopedtjenester for afasirammede over RTV avtalen	68
• Har et interkommunalt samarbeid om tjenester for afasirammede	17
• Både kjøper fra privatpraktiserende og finansierer logopedtjenester for afasirammede over RTV avtalen	50

⁴ Legg merke til at flere kommuner har flere parallelle løsninger og derfor blir summen av prosentandelene i tabellen over 100 %.

Majoriteten av disse kommunene (68 %) uten kommunalt ansatte afa­si­logoped­er, opp­gir at kommunen finansierer logopediske tjenester for afa­si­rammede gjennom RTV avtalen. En nesten like stor andel kjøper tjenester fra privat­prak­tise­rende (62 %).

17 % av kommunene kjøper tjenester fra andre kommuner og like mange (17 %) bruker interkommunalt samarbeid (17 %) som en løsning på rehabiliteringstilbud for afa­si­rammede.

4.2.2 De kommunalt ansatte afa­si­logopedenes arbeidssted

Afa­si­logoped­er kan gi opplæring til afa­si­rammede også andre steder enn der hvor lo­gopedene er ansatt. Afa­si­rammede som har behov for rehabilitering av språk- og tale­ferdigheter, kan få et tilbud ved et voksenopplærings­sen­ter eller ved Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) ved å komme dit hvor afa­si­logoped­en er for å få opplæring. Det er ikke vanlig at logoped­er er ansatt i andre kommunale institusjoner, men også dette forekommer i noen kommuner. I dette materialet svarte praktikere på et spørsmål om hvor logoped­er har sitt arbeidssted i kommunen og er tilgjengelige for brukere (Tabell 5).

Tabell 5⁶. ”De kommunalt ansatte logopedenes arbeidssted.”, N=122

Logopeders arbeidssted	Antall	%
Voksenopplæring	35	28
PPT	47	39
Kommunalt rehabiliteringssenter	7	6
Sykehjem	10	8
Andre kommunale institusjoner	33	27
Totalt	132	

67 % av kommunene oppgir at de kommunalt ansatte logoped­er arbeider enten ved Voksenopplæring (28 %) eller ved PPT (39 %). Bare 14 % av logoped­er arbeider ved sykehjem eller kommunale rehabiliteringssentre.

⁶ Merk at antallet er større enn N=122, fordi mange av kommunene svarer bekreftende på flere enn bare ett alternativ.

Svaralternativet ”Andre kommunale institusjoner” ble valgt av 27 % av kommunene og er dermed den tredje største gruppen av svar. Av tabell 6 kommer det frem hvilke institusjoner disse andre var.

Tabell.6. ”Andre kommunale institusjoner logopedene arbeider i.”, N=33

	Antall	%
Skole, barnehage, ungdomskole	19	58
Opplæringscenter eller logopedtjenesten i kommunen	8	24
Sykehus	2	6
Bare privat	2	6
Ikke oppgitt	2	6
Totalt	33	100

Majoriteten av de andre logopedene arbeider i skole eller i barnehage. Den nest største gruppen er logopedene som arbeider ved kommunale opplæringscenter eller i logopedtjenesten (8). Resten av svarene fordeler seg jevnt mellom sykehus, privat praksis og uspesifiserte svar (2 på hvert alternativ)⁷.

4.2.3 Administrativ organisering av kommunale logopedtilbud for voksne

I dette materialet svarte en stor majoritet av kommunene at de logopediske tjenestene for afasirammede er organisert gjennom utdanningsvirksomheten (71 %). Disse resultatene vises i tabell 7. I praksis betyr dette at de kommuneansatte afasilogopedene vanligvis jobber enten ved PPT eller Voksenopplæringen.

Tabell 7. ”Administrativ organisering av logopedtjenester for afasirammede.”, N=230

	Stemmer (%)	Stemmer ikke (%)	Ubesvart (%)
Utdanningsvirksomhet	71	28	1
Helse- og Omsorgstjenester	14	84	2
En kombinasjon av utdanning og helse- og omsorg	12	87	1
Organisert på en annen måte	14	82	4

⁷ Disse tre siste gruppene viser til kommunalt ansatte logopedene som gir afasirammede opplæring på sykehus, har en privat praksis ved siden av arbeidet i kommunen og andre svar.

Logopediske tjenester for afasirammede er altså i en stor majoritet av kommunene (71 %) organisert under utdanningsvirksomheten i kommunen. I de kommuner hvor logopediske tjenester for afasirammede ikke er organisert gjennom utdanningsvirksomheten, er disse tjenestene plassert i helse- og omsorgstjenester (14 %) eller organiseringen er en kombinasjon av utdanning og helse- og omsorg (12 %).

Det at 71 % av kommunene oppgir utdanningsvirksomheten som den virksomheten slike tjenester er organisert i, er i samsvar med det funnet som er lagt frem i diagram 2. i kapittel 4 om hvilke etater informantene har oppgitt som sitt arbeidssted i kommunen.

I de kommuner hvor logopediske tjenester for afasirammede ikke er organisert gjennom utdanningsvirksomheten, er disse tjenestene organisert i helse- og omsorgstjenester eller organiseringen er en kombinasjon av utdanning og helse- og omsorg. I mange kommuner vil denne organiseringsmåten innebære at for eksempel en kommunal rehabiliteringsenhet får som oppgave å koordinere tjenester til personer som har behov for tverrfaglig rehabilitering: for eksempel fysioterapi, ergoterapi og afasilogopedisk opplæring.

33 av 230 kommuner oppgir at den kommunale organisering av afasilogopediske tjenester for afasirammede skjer på "En annen måte". 13 av disse oppga at disse tjenestene ikke er organisert i kommunen, men at melding om behov kan komme til logoped på forskjellige måter: *"Av og til kommer tilmelding/behov om hjelp gjennom skolefaglig ansvarleg, av og til som direkte henvendelse fra pårørende, sykehjem eller sykehus."* og meldingen kommer til *"Logoped med RTV -avtale etter forespørsel fra sykehjem, ergoterapeut, sykehus logoped, pårørende."*

Ni kommuner oppga Helse- og Rehabilitering som organiseringsmåte. I disse kommunene er slike tjenester antakelig plassert inn under rehabiliteringsvirksomhet som koordinerer forskjellige tjenester til de som er under rehabilitering.

4.2.4 Oppfatninger om kommunens ansvar i henhold til Opplæringsloven

Opplæringslovens § 4 A-2 pålegger kommunene å tilby de afasirammede opplæring med tanke på rehabilitering av språk- og taleferdigheter. Ledere og praktikere i kommunene ble bedt om ta stilling til om de oppfatter det som et kommunalt ansvar å gi de afasirammede opplæring, om de mener at de afasirammede har rett til å få slik opplæring i henhold til Opplæringsloven og om de mener at retten til spesialundervisning bare gjelder elever i grunn- og videregående skoler. Kommunenes respons på dette spørsmålet vises i tabell 8.

Tabell 8. ”Oppfatninger om ansvar og om de afasirammedes rett til undervisning i henhold til Opplæringslovens § 4 A-2.”, N=230

	Stemmer (%)	Stemmer ikke (%)	Vet ikke (%)	Ubesvart (%)
Kommunen har ansvaret for at de afasirammede får opplæring	78	6	10	6
Afasirammede har rett til opplæring i henhold til Opplæringsloven	84	4	8	4
Retten til spesialundervisning gjelder bare elever i grunn- og videregående skoler	8	78	7	7

78 % av kommunene hadde den oppfatningen at det er et kommunalt ansvar å gi de afasirammede opplæring, 84 % mente at de afasirammedes rett til slik opplæring er nedfelt i Opplæringsloven og bare 8 % mente at retten til spesialundervisning bare gjelder elever i grunn- og videregående skoler.

4.2.5 Økonomisk og juridisk ansvar

Kommunenes oppfatning av hvor det økonomiske og juridiske ansvaret for opplæringstilbud for afasirammede ligger, viser at en stor majoritet mener at ansvaret ligger hos kommunene (82 %). 22 % av kommunene mener at også staten har et ansvar for at et slikt opplæringstilbud finnes (Tabell 9.). Dette er ofte begrunnet enten med statens ansvar for å gjøre kommunene økonomisk i stand til å følge opp sine lovpålagte oppgaver eller med henvisning til RTV avtalen som en statlig finansieringsmåte for slike tjenester.

Tabell 9. ”Økonomisk og juridisk ansvar for å tilby logopediske tjenester for afasirammede i hjemkommunen.”, N=230

	Stemmer (%)	Stemmer ikke (%)	Vet ikke (%)	Ubesvart (%)
Kommunen	82	5	6	7
Fylkeskommunen	3	33	8	56
Staten	22	24	10	44

Det mest oppsiktsvekkende i resultatet på disse spørsmålene var det store antallet ubesvarte; 56 % har ikke svart på om fylkeskommunen har et ansvar for opplæringstilbud til afasirammede, og 44 % har ikke svart på om staten har et slikt ansvar. Dette kan tyde på at det har vært en del vegring mot å ta stilling til om fylkeskommunen og staten har et ansvar. Alternativt kan det være at noe i utforming av selve spørsmålet har ført til at mange har oppfattet spørsmålet som besvart etter at de har krysset ”stemmer” i kolonnen som utpeker kommunen som den ansvarlige for opplæringstilbud til de afasirammede.

4.2.6 Afasirehabilitering som opplæring eller medisinsk rehabilitering

Praktikere ble også bedt om å ta stilling til om de oppfattet afasirehabilitering som spesialundervisning eller medisinsk rehabilitering. Betydningen av dette spørsmålet ligger i de afasirammedes rett til opplæring i henhold til Opplæringsloven og spørsmålet om tilgjengelighet av tilbudene, samt klarhet i ansvarsfordelingen mellom forskjellige virksomheter i kommunen. Opplæringsloven hjemler rett til afasirehabilitering for afasirammede når denne opplæringen defineres som spesialundervisning og ikke som medisinsk rehabilitering.

Meningene om afasirehabilitering skal oppfattes som spesialundervisning eller medisinsk rehabilitering var jevnt fordelt mellom begge alternativene (Tabell 10.).

Tabell 10. ”Oppfatning av afasirehabilitering som spesialundervisning eller medisinsk rehabilitering.”, N=122

	Stemmer (%)	Stemmer ikke (%)	Vet ikke (%)	Ubesvart (%)
Opplæring i form av spesialundervisning	50	27	13	9
Medisinsk rehabilitering	49	23	18	10

Resultatet var overraskende i det at begge alternativene fikk nesten like stor oppslutning: 50 % svarte ”Stemmer” på spesialundervisning og 49 % på medisinsk rehabilitering. Hvorfor dette ikke var et forventet resultat, ser man ved å se på hvilke yrkesgrupper praktikere som har svart på dette spørsmålet, representerer (Kapittel 4.1 og Diagram 3). Diagram 3. viser at 71 % av praktikere som svarte på undersøkelsen, er logoped, som er utdannet som spesialpedagoger med fordypning i logopedi. Bare 5 % av de som svarte, tilhører yrkesgrupper som vanligvis arbeider med medisinsk rehabilitering. Derfor var det naturlig å forvente at de fleste praktikere ville oppfattet afasirehabilitering som spesialundervisning heller enn medisinsk rehabilitering, men dette viste seg ikke å være tilfelle.

4.3 RESULTATER I STORE, MELLOMSTORE OG SMÅ KOMMUNER

I dette kapitlet vil de resultater av undersøkelsen som er relatert til hypotesen at om kommuner har eller ikke har et kommunalt tilbud, varierer med hensyn til kommune størrelsen, bli presentert. Resultatene er analysert med hensyn til tema 1. ”Kommunale versus ikke-kommunale løsninger på oppgaven å tilby afasirammede rehabilitering.” i problemstillingen. Videre vil det legges frem resultater som viser antall kommunale afasilogopedstillinger i forhold til befolkningstallene, som belyser tema 2. ”Logopedkapasiteten i det kommunale tilbudet.” i problemstillingen og tema 5. ”Kvaliteten og omfanget i de logopediske tilbudene til afasirammede.” Det sist nevnte tema belyser slike kvalitetsmessige trekk ved tilbudet som intensitet og varighet av opplæringstilbudet, hvilke andre yrkesgrupper enn logopeder gir opplæring og hvordan sakkyndig vurdering av behovet for opplæring blir gjennomført. Før oppsummering vil det bli lagt frem resultater av korrelasjonsanalyser mellom den uavhengige variabelen ”Kommunestørrelsen målt i antall innbyggere” og de avhengige variablene

”Kommunen har kommunalt ansatte afa­si­lo­go­pe­der” og ”Kommunen finansierer lo­go­pedtjenester for afa­si­ram­mede over RTV av­ta­len” for å finne statistisk signifikante sammenhenger i resultatene.

4.3.1 Kommunale tjenester differensiert med hensyn til kommunestørrelsen

Tabell 1. i kapittel 4.3.1 viser at av de 230 kommunene som svarte på undersøkelsen, var 37 såkalte store kommuner, 83 av kommunene var mellomstore og 110 var små kommuner. Av disse 230 kommunene opplyste 46 % at kommunen har ansatt afa­si­lo­go­pe­der. Diagram 5. viser forskjeller med hensyn til andel store, mellomstore og små kommuner med og uten kommunalt ansatte afa­si­lo­go­pe­der.

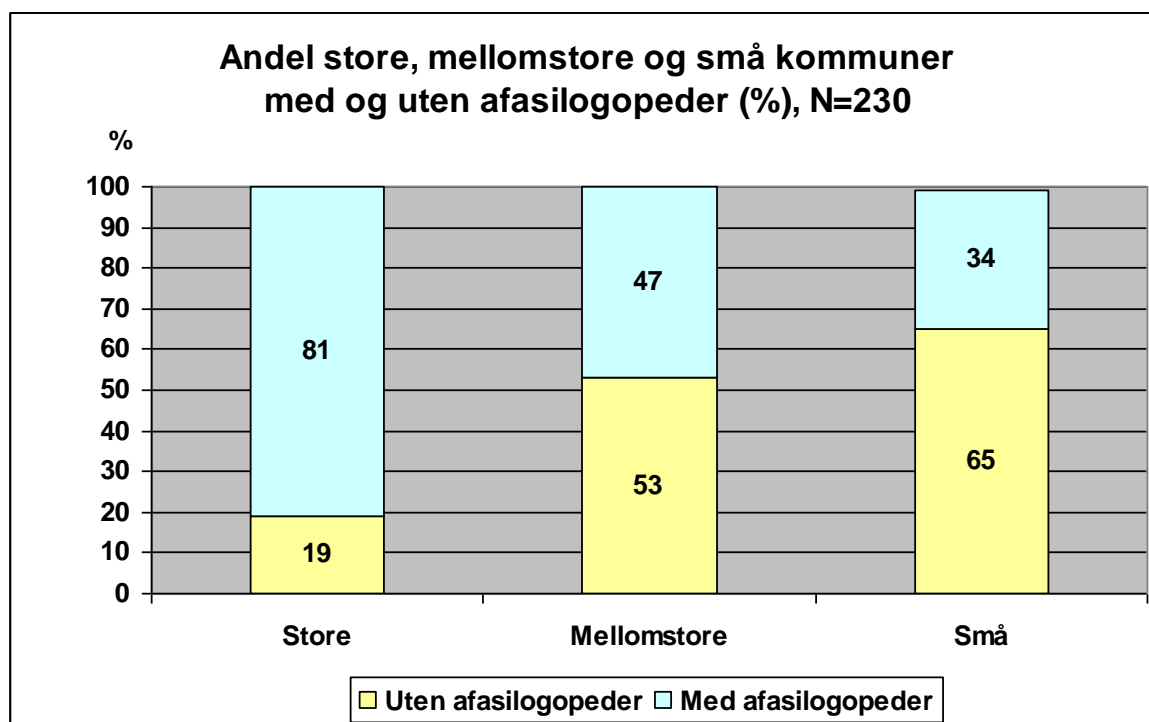


Diagram 5. Andel kommuner med og uten kommunalt ansatte afa­si­lo­go­pe­der i store, mellomstore og små kommuner (%), N=230.

Det viser seg at andelen mellomstore kommuner med kommunalt ansatte afa­si­lo­go­pe­der i dette materialet ligger på samme nivå som gjennomsnittet for alle kommuner uavhengig av størrelse (47 %). Av de store kommunene er det en betydelig høyere andel enn gjennomsnittet som har kommunalt ansatte afa­si­lo­go­pe­der (81 %). Andelen små kommuner med kommunalt ansatte afa­si­lo­go­pe­der er ganske liten (34 %) sam-

menlignet både med det landsomfattende resultatet og med store og mellomstore kommuner. Det lave antallet små kommuner med afa­si­logopeder kan forstås ut fra at folketallet i disse kommunene kan være så lav at behovet for tilbud om afasirehabilite­ring oppstår svært sjelden (jfr. kapittel 4.1).

Tabell 11. viser hvilke rehabiliteringsløsninger for afasirammede innbyggere, i tillegg til kommunalt ansatte afa­si­logopeder, som brukes i store, mellomstore og små kom­muner.

Tabell 11. ”Forskjellige løsninger på logopedisk rehabilitering for afasirammede i store, mel­lomstore og små kommuner.”⁸, N=230

Kommunen:	Store (%)	Mellomstore (%)	Små (%)
• har kommunalt ansatte afa­si­logopeder	81	47	34
• kjøper tjenester fra en annen kommune	3	4	16
• kjøper tjenester fra privatpraktiserende afa­si­logopeder	35	43	45
• finansierer logopedtjenester for afasirammede over RTV avtalen	30	57	50
• har et interkommunalt samarbeid om tjenester for afasi­rammede	8	10	25

Interkommunalt samarbeid og det å kjøpe tjenester fra en annen kommune er lite brukt i alle kommuner. Av de store kommunene angir 8 % at kommunen har interkommu­nalt samarbeid om disse tjenestene. 10 % av de mellomstore kommunene og 25 % av små kommuner oppgir det samme. Kjøp av tjenester fra en annen kommune brukes bare av 3 % av de store, 4 % av de mellomstore, men hele 16 % av de små kommune­ne. Kjøp av tjenester fra privatpraktiserende afa­si­logopeder er mest brukt i mellomsto­re (43 %) og små kommuner (45 %). Finansiering av logopedtjenester over RTV avta­len er mest brukt i mellomstore og små kommuner (respektivt 57 og 50 %). Det er også viktig å merke seg at de fleste kommuner som bruker privatpraktiserende logo­peder finansierer dette gjennom RTV avtalen og bare 7 % av disse kommunene finan­sierer dette selv.

⁸ Merk at prosentandelene overstiger 100 % fordi mange kommuner bruker flere parallelle løsninger.

4.3.2 Antall afa­si­logoped­stillinger i store, mellomstore og små kommuner

I følge en tidligere undersøkelse utført av Norsk logopedlag i 2000 (KUD 2001) arbeidet 92 av de 743 logopedene som svarte på undersøkelsen, ved Voksenopplæring, hvor de fleste afasirammede vil få tilbud om rehabilitering av språk- og taleferdigheter (jfr. kapittel 2.5.2).

I følge en ny undersøkelse gjennomført av Norsk Logopedlag i 2005 arbeidet 191 logopeder i kommunale stillinger som ikke var knyttet til PP-tjenesten (Ryg­vold og Rygvold 2005). Disse tallene er interessante for den aktuelle undersøkelsen fordi de danner et sammen­lignings­grunnlag med hensyn til hvor mange kommunalt ansatte afa­si­logopeder det er rimelig å anta arbeider med afasirehabilitering per i dag.

I spørreskjemaet ble praktikere stilt et spørsmål om hvor mange stillinger og hvor store stillingsandeler det fantes i kommunen for afa­si­logopeder. Resultatene viste at mange afa­si­logopeder arbeider i stillinger som i tillegg til 100 %-stillinger, kan være både 20-, 40- og 80 %-stillinger.

Tabell 12. ”Antall stillinger og størrelsen på stillingsandelene i store, mellomstore og små kommuner”, N=55.

Stillingsandeler:	Antall stillinger			
	Store	Mellomstore	Små	SUM
100 %	21	5	4	30
80 %	2	0	1	3
60 %	0	5	0	5
50 %	5	4	5	14
40 %	1	0	0	1
25 %	3	2	7	12
20 %	0	7	0	7
10 %	0	1	1	2
SUM	32	24	18	74

Basert på svarene gitt av praktikere i disse 122 kommunene, viser det seg at det i dette materialet finnes 55 kommuner som har logopedstillinger til arbeidet med afasirehabilitering. Disse kommunene har gitt opplysninger om antall stillinger og stillingsandeler.

Tabell 13 viser antall 100 % -stillinger for afasilogoper i de 14 store, 20 mellomstore og 21 små kommuner som har gitt opplysninger om antall og størrelse på afasilogopedstillinger i denne undersøkelsen⁹.

Tabell 13. ”Antall 100 % -stillinger i store, mellomstore og små kommuner”, N=55

	Antall kommuner	Antall 100 % -stillinger for afasilogoper
Store	14	25,8
Mellomstore	20	12
Små	21	9
N=55	55	46,8

Resultatene viser at det i tillegg til disse 55 kommuner også finnes 51 andre kommuner som har oppgitt at kommunen har afasilogoper, men disse 51 kommunene har ikke gitt opplysninger om antall stillinger og om størrelsen på stillingene. Derimot vet man at 16 av disse kommunene er store, 19 mellomstore og 16 små kommuner.

Dette innebærer at det på grunnlag av denne undersøkelsen ikke er mulig å vite sikkert hvor mange 100 % -stillinger for afasilogoper det finnes i disse 51 kommunene. Det svarene derimot viser er at det finnes stillinger for afasilogoper i disse kommunene.

De gjennomsnittlige tall for antall 100 % -stillinger i de store, mellomstore og små kommunene som har svart på spørsmål om disse forhold, vises i tabell 14.

Tabell 14. ”Gjennomsnittlig antall 100 % -stillinger for afasilogoper i de 55 kommunene som har opplyst at kommunen har logoper som arbeider med afasirehabilitering.”

	Gjennomsnittlig antall 100 % -stillinger pr kommune
Store	1,84
Mellomstore	0,60
Små	0,43

⁹ For å gjøre resultatene om antall og størrelse på logopedstillinger mer oversiktlige og sammenlignbare, er alle stillinger heretter blitt omregnet til 100 % -stillinger. Dette innebærer at en afasilogoped som arbeider i en 40 % -stilling vil i de følgende beregningene inneha en 0,4 100 % -stilling.

Når det antas at antall stillinger og stillingsandeler i disse 51 kommuner er gjennomsnittlig de samme som i de 55 kommuner som har gitt opplysninger om dette, er det mulig å regne ut hvor mange 100 % stillinger det finnes til sammen i de 106 kommuner som har oppgitt at kommunen har logoped for afasirehabilitering.

Tabell 15 viser at antallet 100 % -afasilogopedstillinger i de 106 kommunene som har svart at det finnes kommunalt ansatte afasilogoped i kommunen, kan beregnes til 94 100 % -stillinger for afasilogoped.

Tabell 15. ”Antall logopedstillinger omregnet til 100 % -stillinger til afasirehabilitering i de 106 kommuner som har oppgitt at kommunen har ansatt afasilogoped.”

	Antall kommuner	Antall 100 % -stillinger
Store	30	55,3
Mellomstore	39	23,3
Små	37	15,8
N=106	106	94,4

Hvor mange logoped som arbeider med afasirehabilitering i disse 106 kommunene, er mulig å beregne på grunnlag av at de store kommunene har gjennomsnittlig vel 2 afasilogoped hver, de mellomstore og små kommunene har gjennomsnittlig om lag en afasilogoped hver (Tabell 16).

Tabell 16. ”Antall afasilogoped i store, mellomstore og små kommuner”, N=106.

Kommuner	Antall kommuner	Antall logoped
Store	30	60
Mellomstore	39	39
Små	37	37
N=106	106	136

Basert på disse beregninger og de nøyaktige opplysningene om antall stillinger for afasilogoped (Tabell 12) i 55 kommuner, kan det beregnes at det finnes til sammen 136 afasilogoped i de 106 kommunene. Fordi mange av disse logopedene arbeider med afasirehabilitering i mindre enn fulltidsstillinger, tilsvarer den totale logopedkapasiteten i disse kommunene altså 94 100 % -stillinger.

Antall kommunalt ansatte logopedar som arbeider med afasirehabilitering i de 106 kommuner med ansatte afasilogopedar, uavhengig av størrelsen på stillinger, er altså beregnet til 136. Arbeidskapasiteten til disse logopedene tilsvarer ca 94 100 % - stillinger.

Forutsatt at en like stor andel av de store, mellomstore og små kommuner som ikke har besvart undersøkelsen, som av de kommuner som har besvart, har afasilogopedar, vil det totale antallet afasilogopedar kunne være 224¹⁰. Antatt at disse kommunene også har gjennomsnittlig samme antall afasilogopedstillinger, vil man kunne regne med at det totale antallet afasilogopedstillinger i alle kommunene er tilsvarer 145 100 % -stillinger.

Sammenlignet med undersøkelsen gjennomført av Norsk logopedlag i 2000 (KUD 2001), som viste at i 2000 hadde ca 92 logopedar sitt arbeidssted i Voksenopplæringen, hvor de fleste kommunalt ansatte afasilogopedar arbeider, synes dette resultatet å være betydelig høyere. Den siste undersøkelsen i 2005 (Rygvoid og Rygvoid) viste at 191 logopedar er ansatt i kommunene utenom PPTjenesten. Det stipulerte antallet afasilogopedar i 433 kommuner i denne undersøkelsen er 224.

4.3.3 Sakkyndig vurdering av behovet for opplæring

Praktikere i kommunene ble spurt hvem som utfører sakkyndig vurdering av opplæringsbehovet hos afasirammede. Dette er et viktig spørsmål som angår kvaliteten av tilbudet, siden en vurdering av behovet for opplæring vil danne et faglig grunnlag for vurderingen om det finnes et behov eller ikke (jfr. kapittel 2.3.2).

Dette spørsmålet ble besvart av praktikere i 122 kommuner (Tabell 17).

¹⁰ For eksempel av de 110 små kommunene har 34 % svart at kommunen har ansatt afasilogoped. Dette utgjør 37 kommuner. Dermed antas det i denne beregningen at også 34 % av de 129 små kommunene som ikke har svart, har afasilogoped, dvs. 43 kommuner. Til sammen vil man da regne med at det finnes til sammen 70 små kommuner som har ansatt afasilogoped.

Tabell 17. ”Yrkesgrupper som utfører sakkyndig vurdering av behovet for afasirehabilitering. Svarene er gruppert etter kommunestørrelsen.¹¹”, N=122

	Store	%	Mellomstore	%	Små	%
Logoped	14	78	31	70	35	58
Psykolog	2	11	0	0	1	2
Spesialpedagog ved PPT	2	11	8	18	14	23
En annen yrkesgruppe	2	11	10	23	21	35
Det blir ikke utført sakkyndig vurdering	1	6	3	7	1	2
Ubesvart	1	6	2	5	4	7
SUM	22	100	54	100	66	100

Sakkyndig vurdering av behovet for rehabilitering utføres i de fleste kommuner av logopeder, i 78 % av store, 70 % av mellomstore og 58 % av små kommuner.

I tabell 17 viser raden ”En annen yrkesgruppe” at i 33 kommuner blir sakkyndig vurdering gjennomført av andre enn logopeder, psykologer eller spesialpedagoger. Denne gruppen er stor nok til at man bør se nærmere på hvilke yrkesgrupper dette er.

Tabell 18. ”Andre yrkesgrupper som utreder behovet.”, N=33

En annen yrkesgruppe:	Antall kommuner	%
Lege (nevrolog, øre-nese-halslege)	15	45
Logoped, lege eller ergoterapeut på sykehuset	7	21
Privatpraktiserende logoped	4	12
Tverrfaglig team, logoped eller en annen spesialpedagog	4	12
Uspesifisert	3	10
SUM	33	100

I de kommuner der denne vurderingen blir utført av en annen yrkesgruppe, blir vurderingen av behov for afasirehabilitering i 66 % av tilfellene utført av leger, ofte i samarbeid med logoped eller ergoterapeut på sykehuset. Dette forklares ved at den afasi-

¹¹ Merk at summene av kommuner overstiger det totale antallet fordi mange kommuner bruker flere yrkesgrupper i sakkyndigarbeidet.

rammede før rehabilitering i hjemkommunen har vært innlagt på et sykehus hvor den tverrfaglige rehabiliteringen etter hjerneslag allerede er kommet i gang.

4.3.4 Intensiteten av tilbudet

I denne undersøkelsen ble praktikere stilt et spørsmål om intensiteten i opplæringstilbudet for afasirammede. Dette ble målt i antall ganger de fleste afasirammede får opplæring per uke og antall opplæringstimer per uke. Disse spørsmålene ble besvart av praktikere i de 55 kommuner som har kommunalt ansatte logopeder som arbeider med afasirehabilitering. Disse svarene fordelte seg mellom 14 store, 20 mellomstore og 21 små kommuner.

Tabell 19 og 20 viser hvor mange ganger og hvor mange timer per uke de fleste afasirammede får tilbud om opplæring i store, mellomstore og små kommuner og gjennomsnittlig antall ganger og timer per uke i de 55 kommunene som har svart på spørsmålet om intensiteten og varigheten i tilbudet.

Tabell 19. ”Antall ganger i uken de afasirammede får opplæring av en kommunalt ansatt logoped.”, N=55

	Antall kommuner	Antall ganger pr uke totalt	Gjennomsnitt per uke
Store	14	28,5	2,0
Mellomstore	20	40,5	2,0
Små	21	35,5	1,7
SUM	55	104,5	1,9

Tabell 19 viser at i store og mellomstore kommuner får afasirammede opplæring av en kommunalt ansatt logoped gjennomsnittlig to ganger i uken og i de små kommunene 1,7 ganger i uken. Gjennomsnittet for alle 55 kommuner er ca to ganger i uken.

Tabell 20. ”Antall timer per uke de afasirammede får opplæring av en kommunalt ansatt logoped.”, N=55.

	Antall kommuner	Antall timer per uke totalt	Gjennomsnitt per uke
Store	14	26,5	1,9
Mellomstore	20	38	1,9
Små	21	35,5	1,7
SUM	55	100	1,8

Tabell 20 viser at i store og mellomstore kommuner er antallet timer de afasirammede får opplæring ca to timer og i de små kommunene 1,7 timer i uken. Gjennomsnittet for alle 55 kommuner er 1,8 timer opplæring i uken.

4.3.5 Varigheten av tilbudet

Resultater angående varigheten av tilbudet baserer seg på svarene fra 55 kommuner, fordelt på 14 store, 20 mellomstore og 21 små kommuner som også har besvart spørsmålet om intensiteten av tilbudet.

Diagram 6. viser at opplæringstilbud med varighet på 6 – 12 måneder, 12 – 24 måneder og gruppen ”Så lenge det finnes behov” er de alternativene som de fleste kommuner har oppgitt som svar. 40 (dvs. 73 %) av de til sammen 55 kommunene faller i disse tre kategoriene.

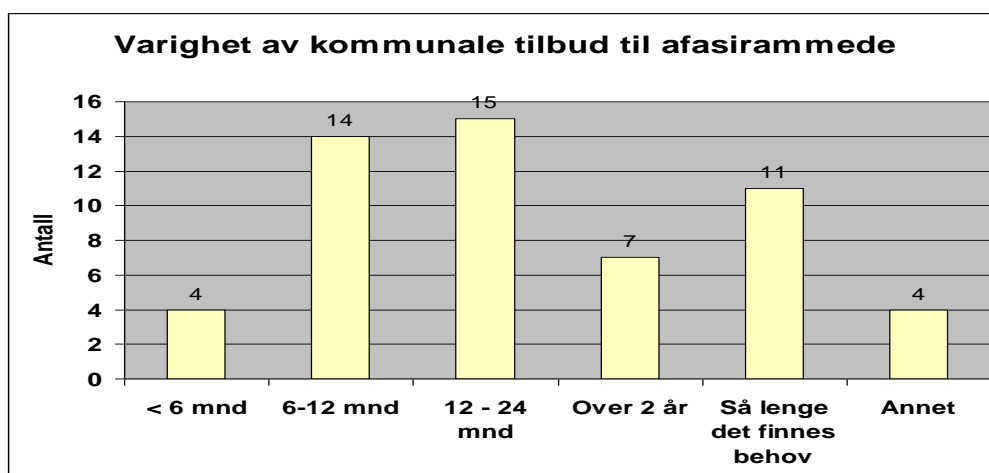


Diagram 6. Varighet av kommunalt opplæringstilbud til afasirammede målt i antall måneder., N=55.

Tabell 21 viser hvor mange kommuner har svart at tilbudet varer gjennomsnittlig under 6 måneder, fra 6 til 12 måneder, fra 12 til 24 måneder og over 2 år.

Tabell 21. ”Fordeling av svarene angående varigheten av tilbudet til de afasirammede.”, N=55.

	Antall kommuner	< 6 mnd	6-12 mnd	12 - 24 mnd	> 2 år	Så lenge det finnes behov	Annet
Store	14	0	4	5	2	2	1
Mellomstore	20	1	3	6	4	5	1
Små	21	3	7	4	1	4	2
SUM	55	4	14	15	7	11	4

I de to siste kolonnene finnes andre svar. 11 kommuner har oppgitt at tilbudet varer så lenge man vurderer at opplæringen har effekt, og den afasirammede gjør fremgang, og fire kommuner svarer at de mangler opplysninger, for eksempel fordi tilbudet gis av en ergoterapeut, opplæringen gis av lærer, pårørende eller andre som får veiledning av en logoped, opplæringen gis av en privatpraktiserende som har oppgjørsavtale med Rikstrygdeverket eller tilbudet varierer for eksempel fra noen uker til opp til 10 år.

På grunnlag av resultatene som er lagt frem i tabell 21, kan det regnes ut at den gjennomsnittlige varigheten¹² av opplæringstilbudet i de 14 store kommunene er 18 måneder, i de 20 mellomstore kommunene 20 måneder og i de 21 små kommunene er varigheten av tilbudet i gjennomsnitt 13 måneder. Landsgjennomsnittet på grunnlag av informasjonen fra disse 55 kommuner er 17 måneder.

Resultatene av kartleggingen av intensitet og varighet av tilbudene, viser at de afasirammede får opplæring gjennomsnittlig 2 ganger per uke tilsvarende til sammen 1,8 timer ukentlig i 17 måneder. Disse resultatene er nokså like for alle tre grupper kommuner, og bare fem av 55 kommuner oppgir at opplæring gis flere enn to ganger i

¹² I de kategorier hvor varighet er oppgitt som et område med nedre og øvre grense, for eksempel fra 6 til 12 måneder, er det blitt regnet ut et gjennomsnitt, dvs. $6+12/2=9$ osv. Et slikt gjennomsnitt i hver kategori i diagram 5. er blitt ganget med det antallet kommuner som har angitt denne kategorien som den varigheten av tilbudet som de fleste afasirammede i kommunen får.

uken og mer enn to timer i uken. 18 kommuner oppgir at opplæringstilbudet kan ha varighet over to år.

4.3.6 Andre yrkesgrupper som gir opplæring til afasirammede

Resultatene på spørsmålet om hvilke andre yrkesgrupper enn logoped er som gir opplæring til afasirammede, baserer seg på svarene gitt av praktikere i 122 kommuner. Disse fordeles seg mellom 18 store, 44 mellomstore og 60 små kommuner. Seks av de store kommunene, 12 av de mellomstore og 24 av de små kommunene oppgir at andre yrkesgrupper enn logoped er som gir opplæring til afasirammede.

Tabell 22. ”Antall og andel kommuner hvor opplæring til afasirammede gis av logoped vs. andre yrkesgrupper.”, N=122

	Opplæring gis av				Ubesvart	
	En kommunal logoped	%	En annen yrkesgruppe	%		%
Store	12	67	5	28	1	6
Mellomstore	18	41	12	27	14	32
Små	23	38	20	33	17	28
SUM	53	43	37	30	32	26

Dette betyr at i følge praktikere gis opplæring av kommunalt ansatte logoped i 53 kommuner (43 %) og i 37 kommuner (30 %) gis opplæring til afasirammede av andre yrkesgrupper enn kommunalt ansatte logoped.

Tabell 23 viser hvilke andre yrkesgrupper enn logoped er som gir opplæring til afasirammede.

Tabell 23. ”Andre yrkesgrupper enn kommunalt ansatte logoped som gir opplæring til afasirammede.”, N=42

Yrker	SUM	%
1. Lærere uten veiledning av logoped	4	11
2. Sykehuspersonell m/veiledning av logoped	2	5
3. Fysio- og ergoterapeuter uten veiledning av logoped	9	24
4. Lærere/spesialpedagoger ved VOX	7	19
5. Privatpraktiserende logoped	14	38
6. Andre	1	3
SUM	37	100

Resultatene i Tabell 23. viser at de afasirammede får opplæring av andre enn kommunalt ansatte logoped i 30 % av 122 kommuner. Når opplæringen gis av andre yrkesgrupper enn logoped ansatt i kommunen, gis den av privatpraktiserende logoped i 38 % av kommunene, lærere og spesialpedagoger ved voksenopplæring i 19 % av kommunene og av fysio- og ergoterapeuter uten veiledning av logoped i 24 % av kommunene. Disse resultatene baserer seg på opplysninger gitt av 90 av de 122 kommunene som har besvart spørreskjemaet til praktikere. Resten av kommunene (26 %) har ikke gitt opplysninger som belyser spørsmålet om opplæringen gis av kommunalt ansatte logoped eller andre yrkesgrupper, og hvilke andre yrkesgrupper eventuelt gir opplæring.

4.3.7 Signifikante forskjeller mellom store, mellomstore og små kommuner

Krysstabeller ble brukt til å evaluere om variasjonen i kommunestørrelse (store, mellomstore og små kommuner) var relatert til kommunal ansettelse av afasilogoped (ansatt, ikke ansatt). Krysstabuleringene ble gjort separat for de tre par av kommuner gruppert etter størrelse, slik at hver test regnet ut eventuell samvariasjon mellom den uavhengige variabelen ”kommunestørrelse” og den avhengige variabelen ”kommunal ansettelse av afasilogoped” i en 2 x 2 tabell. Etter testene om statistisk sammenheng ble styrken i den eventuelle sammenhengen testet med Cramers ϕ .

Tabell 24. ”Resultater av krysstabuleringer for å finne sammenhenger mellom kommunestørrelsen og om kommunen har ansatt afasilogopeder.”

Kommuner	Pearsons χ^2	df	p	Cramers φ
Store-Små	24.717	1	0.000*	0.411
Mellomstore-Små	3.352	1	0.067	0.132
Store-Mellomstore	12.172	1	0.000*	0.318
* signifikant p<.05				

Resultatene viser at det finnes en sannsynlig sammenheng mellom ansettelse av afasilogopeder og kommunestørrelsen i to av de tre par av kommune grupper, og at denne forskjellen ikke er tilfeldig, men den følger variasjonen i kommunestørrelsen målt i antall innbyggere. Forskjellen mellom antall store og små kommuner med og uten kommunalt ansatte afasilogopeder er statistisk signifikant (Pearsons χ^2 (1, N=110) =24.717, p= 0.000). Det samme gjelder også for paret store og mellomstore kommuner (Pearsons χ^2 (1, N=83) =12.172, p= 0.000). Derimot er ikke forskjellen for paret mellomstore og små kommuner signifikant (Pearsons χ^2 (1, N=110) =3.352, p= 0.067), og den forskjellen i antall mellomstore og små kommuner med og uten afasilogopeder som man har funnet i denne undersøkelsen, følger ikke variasjonen i kommunestørrelsen målt i antall innbyggere.

Styrken i sammenhengen er sterkest i paret store – små kommuner: Cramers φ = 0.411 tyder på at den sammenhengen som man har funnet er moderat til vesentlig med ca 41 % (De Vaus 2002). Styrken man finner mellom store og mellomstore kommuner er noe svakere: Cramers φ = 0.318 (ca 32 %).

Tabell 25. ”Resultater av krysstabuleringer for å finne sammenhenger mellom kommunestørrelsen og om kommunen finansierer logopediske tjenester for afasirammede gjennom RTV – ordningen.”

Kommuner	Pearsons χ^2	df	p	Cramers φ
Store-Små	6.603	1	0.010*	-0.221
Mellomstore-Små	0.395	1	0.530	0.047
Store-Mellomstore	8.694	1	0.003*	-0.276
* signifikant p<.05				

Resultatene viser at det finnes en sannsynlig statistisk sammenheng mellom bruk av RTV finansiering og kommunestørrelsen i to par av kommunegrupper: store og små og store og mellomstore. Testen viser at forskjellen i antall store og små kommuner med og uten kommunalt ansatte afaologopedar er statistisk signifikant (Pearsons $\chi^2(1, N=110) = 6.603, p = 0.010$). Det samme gjelder også for paret store og mellomstore kommuner (Pearsons $\chi^2(1, N=83) = 8.694, p = 0.003$).

Den statistiske sammenhengen i disse to par av kommunegrupper er negativ, dvs. retningen i sammenhengen er at det er mer sannsynlig at små og mellomstore kommuner bruker RTV finansiering enn at store kommuner gjør det. Styrken i sammenhengen er sterkest i paret store – mellomstore kommuner: Cramers $\phi = - 0.276$ viser at den sammenhengen som man har funnet er negativ og lav til moderat på ca 28 % (De Vaus 2002). Styrken man finner mellom store og små kommuner er også negativ og noe svakere (ca 22 %), Cramers $\phi = - 0.221$.

Resultatene som angår forskjellene mellom de store, mellomstore og små kommunene, viser at det er statistisk signifikante forskjeller mellom store og mellomstore, og store og små kommuner med hensyn til om kommunen har ansatt afaologopedar og kommunestørrelsen. De forskjellene man fant, er med stor sannsynlighet reelle siden man har undersökt hele populasjonen, og funnene ikke kan tilskrives for eksempel samplingsfeil på grunn av bruk av skjeve utvalg (De Vaus 2004). Samtidig kan den noe lave svarprosenten i de mellomstore og små kommunene skape usikkerhet om hvorvidt de forskjellene man har funnet, gjelder for hele populasjonen av disse to gruppene. Man har likevel ikke noen indikasjoner på at de 65 mellomstore kommuner som ikke responderte, skiller seg fra de 83 som responderte på en systematisk måte (Lindner, Murphy og Briers 2001).

Forskjellene mellom små og store og små og mellomstore kommuner kan derimot skyldes faktorer som kan ha f ort til at de 110 små kommunene som responderte, ikke er representative for hele populasjonen, dvs. totalt 239 små kommuner.

4.4 FORHOLDET MELLOM TILBUD OG BEHOV

I dette kapittelet skal det vises hvor stor andel av behovet for afasirehabilitering i de store, mellomstore og små kommunene som kan dekkes av de kommunale tilbudene. Disse beregningene vil være basert på antall nye afasirammede per år (jfr. kapittel 2.2.1 og 2.2.2), et minimumstilbud på tre timer per uke i et år (jfr. kapittel 2.3.2) og de resultatene om kapasiteten i de kommunale tilbudene i form av antallet kommunalt ansatte afasilogopeder som man har kommet frem til i kapittel 4.3.2.

Hvorvidt resultatene i denne undersøkelsen som baserer seg på svarene fra 230 kommuner, også er gyldige for alle de 433 kommunene i Norge, er ikke bare avhengig av svarprosenten, men også av om man har indikasjoner på at de kommuner som ikke responderte, skiller seg på en systematisk måte fra de som responderte, (Lindner, Murphy og Briers 2001). Som tidligere påpekt i kapittel 4.3.7, har det ikke vært mulig å finne noen indikasjoner på at de 65 mellomstore kommunene som ikke responderte, skiller seg systematisk fra de 83 som responderte. Det finnes heller ikke systematiske forskjeller mellom de ni store kommunene som ikke har besvart og de 37 som har besvart¹³.

Sammenligning av geografisk spredning, gjennomsnittlig antall innbyggere og fordeling etter befolkningstall blant de små kommunene som har besvart, med de som ikke har besvar undersøkelsen, viser at det finnes en faktor som skiller disse to gruppene. Denne faktoren er at kommuner med befolkningstall under 2000 er overrepresentert blant de kommunene som ikke har besvart undersøkelsen¹⁴. De to andre faktorene – geografisk spredning og gjennomsnittlig antall innbyggere er tilnærmet de samme i disse to gruppene.

¹³ Analyse av geografisk spredning, gjennomsnittlig innbyggertall og fordeling av de store og mellomstore kommunene er tilnærmet de samme blant de 83 mellomstore og 37 store kommuner som responderte, som blant de 65 mellomstore og ni store som ikke responderte. Derfor vil man regne med at resultatene fra de 56 % av mellomstore kommuner som har svart på undersøkelsen, og fra de 37 store kommunene (80 % av hele populasjonen) kan generaliseres til hele populasjonen av respektivt 148 mellomstore og 46 store kommuner.

¹⁴ Av de små kommuner som ikke har besvart undersøkelsen, er 46 % kommuner med befolkningstall under 2000, mens av de kommuner som har besvart, har bare 36 % et befolkningstall under 2000.

Velger man likevel å se bort fra dette, og tar resultatene fra de 110 små kommuner som har besvart, for å være gyldige for de 129 små kommuner som ikke har besvart, vil det bli mulig å stipulere hvor mange afasilogopeder det kan antas at arbeider i alle de 239 små kommunene. På denne måten kan det totale antallet afasirammede som kan få et kommunalt tilbud om afasirehabilitering i de små kommunene anslås.

Selv om beregningene angående forholdet mellom tilbud og behov i de små kommunene baserer seg på slike antakelser og derfor må betegnes som hypotetiske, vil man legge dem til grunn for beregninger i kapittel 4.4.1.

4.4.2 Rehabiliteringstilbudet i store, mellomstore og små kommuner

I beregninger av hvor mange 100 % -stillinger for afasilogopeder det finnes totalt i de store, mellomstore og små kommunene, vil det regnes med at også de kommunene som har afasilogopeder, men som ikke har gitt opplysninger om antall av og størrelsen på stillinger, har gjennomsnittlig like mange stillinger og like store stillingsandeler, som de som har gitt slike opplysninger. Videre antas det at like stor andel av de kommuner som ikke har besvart undersøkelsen, som av de som har besvart, har afasilogopeder i kommunale stillinger.

Legger man dette til grunn, kan det beregnes hvor mange nye afasirammede som kan få et kommunalt tilbud i alle de store, mellomstore og små kommunene i Norge, og hvor mange av disse som med dagens logopedkapasitet ikke kan få kommunalt tilbud om afasirehabilitering i sin hjemkommune.

Tabell 26. ”Antall logopedstillinger, nye afasirammede, behov for opplæring og logopedkapasitet per uke i de store, mellomstore og små kommunene i Norge.”, N= 433

Kommuner	Befolkning	Logopedstillinger (100 % -stillinger)	Nye afasirammede per år	Behov for opplæring per uke (t [*])	Logopedkapasitet (t [*])
Store	2604240	69	2604	7813	1375
Mellomstore	1449648	42	1450	4349	832
Små	586014	34	586	1758	685
SUM	4639902	145	4640	13920	2892

*(t = timer).

Tabell 26 viser at differansen mellom kapasiteten i rehabiliteringstilbudene til de nye afasirammede per år gitt av kommunalt ansatte logopeder og behovet for slike tilbud i de store kommunene er 6400 timer opplæring pr uke. Dette innebærer at det mangler ca **320** 100 % -logopedstillinger i de store kommunene. I de 148 mellomstore kommunene er det en underkapasitet på 3517 timer logopedisk rehabilitering pr uke til de nye afasirammede. Dette tilsvarer ca **176** 100 % -stillinger. I de små kommunene mangler det ca **54** 100 % -stillinger.

Tabell 27 viser hvor mange nye afasirammede som kan og ikke kan få kommunalt tilbud om opplæring med dagens kapasitet i de store og mellomstore kommunene.

Tabell 27. ”Antall og andel afasirammede med og uten **kommunalt** tilbud i alle store og mellomstore kommuner.”, N=433

Kommuner	Antall nye afasirammede		Andel nye afasirammede (%)	
	Med kommunalt tilbud	Uten kommunalt tilbud	Med kommunalt tilbud	Uten kommunalt tilbud
Store	458	2146	18	82
Mellomstore	277	1172	19	81
Små	228	358	39	61
Alle kommuner	964	3676	21	79

Tabell 27 viser at bare **18 %** av de nye afasirammede i store kommuner kan per i dag få et kommunalt minimumstilbud om opplæring i sin hjemkommune, og antallet nye afasirammede uten et slikt tilbud er 2146 årlig. I de mellomstore kommunene kan **19 %** av de nye afasirammede få et kommunalt minimumstilbud om opplæring, og 1172 nye afasirammede er uten et slikt tilbud. I små kommuner kan **39 %** få et kommunalt tilbud, mens 358 av de nye afasirammede årlig er uten et kommunalt tilbud.

Diagram 7. viser hvor mange av de nye afasirammede årlig i Norge kan regne med å få et kommunalt tilbud og hvor mange nye afasirammede som står uten et slikt tilbud.

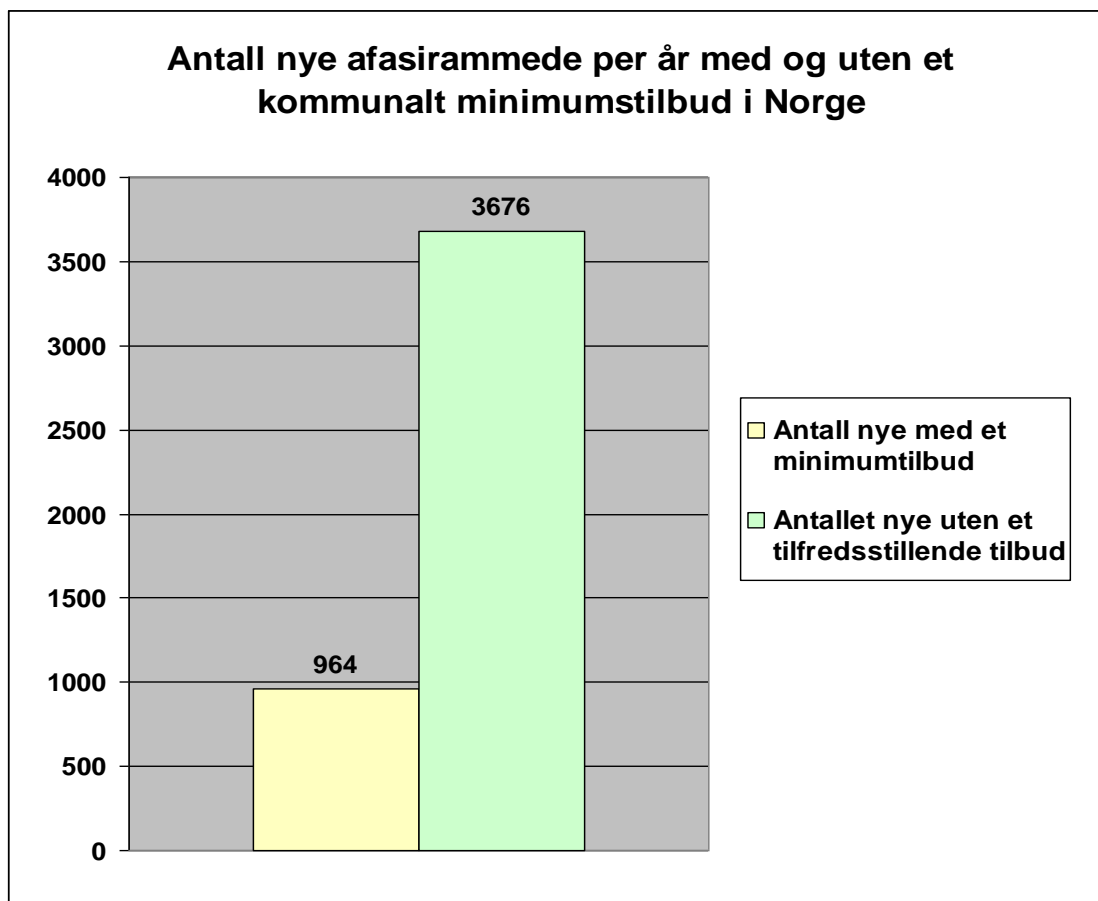


Diagram 7. Antall nye afasirammede per år med og uten kommunalt tilbud om rehabilitering i kommunene i Norge. (%), N=433.

Resultatene angående de store og mellomstore kommunene kan regnes som pålitelige. I de små kommunene derimot er disse resultatene basert på den antakelsen at av de små kommuner med svært lavt folketall som ikke har besvart undersøkelsen, er det like mange kommuner med afasilogopeder som av de 12 små kommunene med like lavt folketall som har besvart. Denne antakelsen kan være vel optimistisk. Det kan være mer sannsynlig at de fleste av de minste små kommunene som ikke har besvart, ikke har kommunalt ansatte afasilogopeder. I så fall gir diagram 6. og tallene i tabell 27. et for optimistisk bilde av den kommunale rehabiliteringskapasiteten. Denne feilen oppstår som resultat av et for optimistisk anslag angående antall afasilogopeder i de minste av de små kommunene.

5 DE VIKTIGSTE FUNNENE

I dette kapittelet vil de viktigste funnene oppsummeres i forhold til problemstillingen. Resultatene vil sammenfattes med hensyn til hvor mange kommuner i dette datamaterialet som har kommunalt ansatte afa­si­logoped­er, og hvor mange av kommunene som løser oppgaven med å gi de afa­si­rammede rehabiliteringstilbud ved å bruke privatpraktiserende logoped­er med oppgjørsavtale med NAV (tidligere Rikstrygdeverket (RTV)). Videre vil de funnene som angår organisering av tilbudene, de kommunalt ansatte logopeders arbeidssted og den faglige forankringen og omfanget av tilbudene oppsummeres. Alle disse har betydning for tilgjengeligheten og kvaliteten av opplæringstilbudene. Til slutt oppsummeres funnene angående hvilke oppfatninger det finnes i kommunene om de afa­si­rammedes rett til rehabilitering og om kommunens ansvar for å tilby sine afa­si­rammede innbyggere rehabilitering av språk- og taleferdigheter.

5.1 FORSKJELLIGE LØSNINGER PÅ REHABILITERINGSTILBUD

Resultatene av denne undersøkelsen viser at mindre enn halvparten av de 230 kommunene som responderte, oppga at kommunen har kommunalt ansatte afa­si­logoped­er. Andelen kommuner som har ansatte afa­si­logoped­er, varierer med kommunestørrelsen: 81 % av de såkalte store kommuner, har ansatt afa­si­logoped­er, av de mellomstore er det 47 % som har det samme, mens bare 34 % av de små kommunene har ansatt afa­si­logoped­er. Forskjellene mellom kommunene gruppert etter innbyggertall er statistisk signifikante i to par, nemlig mellom store og mellomstore, og mellom store og små. Denne sammenhengen betyr at det er mer sannsynlig at kommunen har kommunalt ansatte afa­si­logoped­er hvis kommunen er en såkalt stor kommune enn hvis kommunen enten er en mellomstor eller en liten kommune.

53 % av 230 kommuner svarte at de ikke har kommunalt ansatte logoped­er som arbeider med afa­si­rehabilitering. Nesten 50 % av disse 123 kommunene oppga at kommunen både bruker privatpraktiserende logoped­er som en løsning på rehabiliteringstilbud for afa­si­rammede og finansierer dette med den såkalte RTV avtalen. Denne løsningen

innebærer at logopeden som gir opplæring til den afasirammede, har en oppgjørsavtale med NAV, og at kommunen ikke deltar i finansiering av tjenesten. Litt flere enn to tredjedeler av disse 123 kommunene brukte RTV finansiering. Ca ¼ av de 123 kommunene uten kommunalt ansatte afasilogopeder kjøper tjenester fra en annen kommune og bruker interkommunalt samarbeid i tillegg.

Bruk av privatpraktiserende logopeder med oppgjørsavtale med NAV er mest brukt i små og mellomstore kommuner: 57 % av de mellomstore og 50 % av de små kommunene bruker denne løsningen, mens bare 30 % av de store kommunene gjør det samme. Denne sammenhengen er statistisk signifikant.

Forskjellene mellom små og store og små og mellomstore kommuner kan derimot skyldes faktorer som kan ha ført til at de 110 små kommunene som responderte, ikke er representative for hele populasjonen (totalt 239 små kommuner).

Med disse forbehold viser resultatene at en kommune som har kommunalt ansatte afasilogopeder, sannsynligvis er heller en stor enn en liten eller en mellomstor kommune. Det er også mer sannsynlig at en kommune som bruker RTV finansiering som løsning, heller er en liten eller en mellomstor enn en stor kommune.

5.2 TILGJENGELIGHET OG ORGANISERING AV TILBUDENE

I 71 % av kommunene er de logopediske tjenestene for voksne organisert i utdanningsvirksomheten i kommunen. Organisering av tilbudene til afasirammede i helse- og omsorgstjenesten brukes i 14 % av kommunene. En like stor andel av kommunene organiserer rehabiliteringstilbudene på andre måter. I noen kommuner innebærer dette at tilbudene er organisert inn under Helse- og Rehabiliteringstjenester, tilbudene er direkte underlagt sentraladministrasjonen i kommunen eller at tilbudene ikke er organisert i kommunen, men at henvendelser kommer direkte fra pårørende eller institusjoner som sykehus eller sykehjem. Ganske få kommuner (12 %) oppga en kombinasjon av helse- og utdanningsvirksomhet som organiseringsmåte.

I følge praktikere i 122 kommuner arbeider de kommunalt ansatte afa­si­logopedene, og er dermed tilgjengelige for brukerne, i voksenopplæringen eller PP-tjenesten i kom­mu­nen i 67 % av kommunene. Bare til sammen 17 av disse 122 kommunene oppga at logopedene kan arbeide ved sykehjem eller kommunale rehabiliteringssentra. Litt mer enn ¼ av kommunene svarte ”Andre kommunale institusjoner”. I disse kommunene arbeider logopedene i ”Skole, barnehage eller ungdomsskole”, ”Kommunalt opplæ­ringssenter” eller ”Logopedtjenesten i kommunen”. I noen få kommuner arbeider kommunalt ansatte logoped­er med afasirehabilitering bare privat eller på sykehus.

5.3 KAPASITETEN I DE KOMMUNALE TILBUDENE

Antall afa­si­logopedstillinger i store, mellomstore og små kommuner basert på svarene fra praktikere i til sammen 55 kommuner, er 74 stillinger. Omregnet til 100 % - stillinger tilsvarer disse 46,8 100 % -stillinger.

I tillegg til disse 55 kommunene oppga 51 kommuner at det finnes kommunalt ansatte afa­si­logoped­er i kommunen uten å gi detaljer om størrelsen og antallet stillinger. An­ tall kommunalt ansatte logoped­er som arbeider med afasirehabilitering i de til sammen 106 kommuner med afa­si­logoped­er, er i denne undersøkelsen beregnet til 136. Videre beregninger tyder på at det kan være så mange som 224 afa­si­logoped­er i de 433 kom­mu­nene i Norge. Dette tilsvarer 145 100 % -stillinger.

Resultatene viser at logopedkapasiteten i norske kommuner tilsvarer 145 100 % - stillinger for kommunalt ansatte afa­si­logoped­er. Legges afa­si­logopedenes ukentlige arbeidskapasitet på 20 timer aktivt rehabiliteringsarbeid og et minimumstilbud på tre timer opplæring per uke til grunn, innebærer dette at i forhold til antall nye afasiram­mede per år, er kapasiteten i det kommunale afasirehabiliteringstilbudet langt fra stor nok. Hvert år står ca 3700 nye afasirammede uten et kommunalt minimumstilbud. For å kunne møte behovet for rehabilitering for de nye afasirammede hvert år mangler det dermed ca 555 100 % -logopedstillinger i kommunene.

5.4 FAGLIG KVALITET OG OMFANG AV TILBUDET

Resultatene viser at det er vanlig at sakkyndig vurdering blir utført av yrkesgrupper med relevant kompetanse, og bare 4 kommuner av 122 rapporterer at sakkyndig vurdering ikke blir utført i det hele tatt. I en stor majoritet av både store, mellomstore og små kommuner vil sakkyndig vurdering av den afasirammedes behov for opplæring bli gjennomført av en logoped. Hvis vurdering blir gjort av en annen yrkesgruppe, er det som regel en lege med medisinsk spesialistkompetanse eller sykehusets tverrfaglige team bestående av ergoterapeut og lege i tillegg til logoped som gjør vurderingen.

Behovet for afasirehabilitering vurderes i totredjedeler av kommunene av leger, ofte i samarbeid med logoped eller ergoterapeut på sykehuset. Dette forklares ved at den afasirammede før rehabilitering i hjemkommunen har vært innlagt på et sykehus hvor den tverrfaglige rehabiliteringen etter hjerneslag allerede er kommet i gang. I tillegg forutsetter NAV (NAV 2008) at en afasirammet som får tilbud av en privatpraktiserende logoped, må henvises av en lege med spesialistkompetanse.

I følge praktikere i 122 kommuner gis de afasirammede opplæring av kommunalt ansatte logopeder i 43 % av kommunene. I 30 % av kommunene gis opplæringen av andre yrkesgrupper og nesten ¼ av kommunene har ikke svart på spørsmålet.

Den faglige kvaliteten i de kommunale opplæringstilbudene til afasirammede varierer med kommunens innbyggertall. Det at opplæringen gis av logopeder, er mest vanlig i store kommuner. Av de mellomstore og små kommuner oppgir under halvparten at opplæringen gis av logopeder (respektivt 41 % og 38 %).

I de kommuner hvor opplæringen gis av andre yrkesgrupper enn kommunalt ansatte logopeder, gis den av privatpraktiserende logopeder i 38 % av kommunene. Omtrent ¼ av kommunene oppgir at fysio- og ergoterapeuter uten veiledning av en logoped gir opplæring. I 19 % av kommunene gis opplæringen av lærere og spesialpedagoger ved voksenopplæring, og 11 % av kommunene oppgir at opplæringen gis av lærere uten veiledning av en logoped.

Resultatene viser ingen store forskjeller mellom kommunene med hensyn til intensiteten og varigheten av tilbudene. De afasirammede får opplæring gjennomsnittlig 2 ganger per uke tilsvarende til sammen 1,8 timer ukentlig i ca et og et halvt år i alle de tre gruppene av kommuner. Mange praktikere har kommentert intensiteten i opplæringstilbudet og uttrykt sin misnøye over at det mangler kapasitet til å gi et tilbud som ville kunne føre til bedre resultater og større fremgang hos brukerne:

”Som eneste logoped i kommunen føler jeg at det er mitt ansvar å gi et tilbud til de afasirammede. ... jeg bare hatt en time med pasienten en dag i uka, sjøl om de burde ha timer flere ganger per uke. Jeg har ikke kapasitet til mer, samtidig som pasientene ofte blir slitne, og greier ikke flere timer etter hverandre.”

”Det er ikke tilfredsstillende at afasirammede får 45 min pr uke. Stillingen kan bli utvidet i 2007 med f eks 50 %.”

Denne misnøyen er i høyeste grad berettiget når man vet hvilken betydning et intensivt og langvarig tilbud har for å kunne oppnå resultater (jfr. Kapittel 2.3.3).

5.5 OPPFATNINGER OM RETTIGHETER OG ANSVAR

De afasirammedes rettigheter til opplæring er nedfelt i opplæringslovens § 4A-2. Dette innebærer at de afasirammede har individuell rett til å få opplæring. Denne er rettigheten er sterkere og forskjellig fra pasientrettigheter som har som formål ”å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten” (Lov om pasientrettigheter av 1999, § 1 -1).

Kommunenes plikt til å sørge for at de afasirammede innbyggere i kommunen får tilbud om opplæring er nedfelt i opplæringslovens § 4A-4. Dette er hovedsakelig en kommunal oppgave på lik linje med kommunenes plikt til å sørge for grunnskoleopplæring til barn og ungdommer i opplæringspliktig alder (Opplæringslova av 1998, § 2-1).

Resultatene viser at en stor majoritet av alle 230 kommuner (82 %) erkjenner kommunens juridiske og økonomiske ansvar for opplæringstilbud til afasirammede. Ca en

femtedel av kommunene (22 %) mener at også staten har i hvert fall en del av ansvaret.

I god overensstemmelse med kommunenes svar på juridisk og økonomisk ansvar viser resultatene at det er stor enighet om at de afasirammede har rett til opplæring i henhold til opplæringsloven. Dette var oppfatningen i 84 % av kommunene, mens noe færre (78 %) var enig i at kommunen har ansvaret for at de afasirammede får opplæring.

Et overraskende resultat var at av praktikere, som arbeider med afasirehabilitering, er det like mange som oppfatter opplæring til afasirammede som medisinsk rehabilitering (49 %), som spesialundervisning (50 %). Dette resultatet er ikke forventet fordi bare 5 % av de som svarte, tilhører yrkesgrupper som vanligvis arbeider med medisinsk rehabilitering, og en stor majoritet av informantene (78 %) var spesialpedagoger eller lærere. Spesielt overraskende var det at 84 % av de samme informantene mener at de afasirammedes rett til opplæring er hjemlet i opplæringsloven.

6 SAMMENFATTENDE AVSLUTNING OG DRØFTING

Hovedproblemstillingen i dette prosjektet var å kartlegge rehabiliteringstilbudene til afasirammede i kommunene i Norge og dokumentere variasjonen i disse tilbudene. Forventningen var at det finnes et betydelig antall kommuner som ikke har et kommunalt tilbud til de afasirammede, og at de eksisterende tilbudene kan variere med hensyn til kapasitet, organisering og kvalitet. Det ble antatt at også at kommunene kan ha forskjellige oppfatninger om sitt ansvar for å tilby de afasirammede opplæring. I løpet av arbeidsprosessen gjorde ble det gjort en oppdagelse som førte til en hypotese om at om en kommune har et tilbud, kan ha sammenheng med kommunestørrelsen, og at bruk av den såkalte RTV avtalen som en finansieringsmåte for tilbudet, også varierer langs samme skillelinje.

I dette kapittelet drøftes det hvordan funnene belyser de forskjellige temaene i problemstillingen, og om resultatene kan anses å gi et riktig bilde av det kommunale tilbudet og de afasirammedes tilgang til logopedisk rehabilitering i hjemkommunen. Det vil også påpekes i hvilke henseender de kommunale tilbudene for afasirammede fungerer tilfredsstillende, hva slags svakheter det finnes i de nåværende tilbudene og fremtidsutsikter for rehabiliteringstilbudet for afasirammede i lys av endringene i praktisering av regelverket og politiske signaler fra Helse- og omsorgsdepartementet det siste året.

6.1 KOMMUNAL AFASIREHABILITERING

Resultatene er basert på opplysninger fra de 230 kommuner som har besvart undersøkelsen. Ca $\frac{3}{4}$ av befolkningen i Norge bor i disse kommunene. Resten av befolkningen, dvs. 1,16 millioner, er bosatt i de 203 kommuner som ikke har levert svar.

Undersøkelsen viser at kapasiteten i de kommunale tilbudene i forhold til behovet er lavest i de store og mellomstore kommuner. Dette til tross for at disse kommunene har flere stillinger til afasilogopeder sammenliknet med de små kommunene. Det at kapasiteten likevel ikke er stor nok, kommer av at befolkningstallene, og dermed også antall nye afasirammede hvert år, er svært store i disse kommunene.

Resultatene av denne undersøkelsen tyder på at det kan til sammen være så mange som 224 afaologopedar ansatt i kommunale stillingar. Omregnet til 100 % -stillingar tilsvarar dette ca 145 stillingar. Antallet logopedar som arbeider med afasirehabilitering, er dermed høgere enn resultatet av de to tidlige undersøkinge gjennomført av Norsk logopedlag i 2000 som viste at 92 logopedar arbeidet ved vokseopplæringa (KUD 2001), og undersøkinga i 2005, som viste at 191 logopedar var ansatt i kommunale stillingar utenom PP-tjenesten (Rygvold og Rygvold 2005).

Det kan vere to årsaker til at antallet kommunalt ansatte logopedar i den nåværende undersøkinga avviker fra resultatene i de to tidlige undersøkingane. Antallet kommunalt ansatte logopedar som arbeider med rehabilitering av afasirammede, kan ha økt med ca 130 logopedar i forhold til situasjonen i 2000. Det kan også vere at det i 2000 var vanligere at logopedar jobbet med afasirehabilitering i andre kommunale institusjoner enn vokseopplæringa. Også sammenliknet med 2005 er antallet logopedar man har kommet frem til, høgere med 33 logopedar i kommunale stillingar utenom PP-tjenesten. Det er en reell mulighet antallet logopedar som arbeider med afasirehabilitering, har økt kraftig sidan 2000 og med noen titalls logopedar sidan 2005. Men man må vere oppmerksom på at antallet 224 er et stipulert antall som er basert på den antakelsen at mange av de kommunene som ikke har besvart undersøkinga, har kommunalt ansatte afaologopedar. Denne antakelsen kan vere for optimistisk. Denne optimismen gjelder spesielt de 59 små kommunene som ikke har besvart og som har færre enn 2000 innbyggere. Derfor kan det vere grunn til å tro at resultatene angående antall kommunalt ansatte afaologopedar og kapasiteten i opplæringstilbudene i denne undersøkinga kan vere for høye.

Forekomsten av afasi i befolkninga er nokså stabil men sannsynligvis økende (Ellekjær og Selmer 2007; Waaler 1999). Ca en promille av befolkninga vil årlig bli rammet. I de store kommunene vil dette innbære at det kommer til sammen litt i underkant av 2600, i de mellomstore ca 1450 og i de små kommunene ca 590 nye afasirammede årlig. I tillegg bør det ikke glemmes at det lever anslagsvis 20 000 afasirammede i

Norge (Fjærtøft og Indredavik 2007). Også mange av disse afasirammede har behov for videre opplæring og oppfølging for å opprettholde de gjenvunne ferdighetene.

Denne undersøkelsen viser at den kommunale rehabiliteringskapasiteten er for liten i forhold til behovet i alle kommuner. Det er ca 3700 nye afasirammede som ikke får et kommunalt tilbud på minimum tre timer opplæring per uke. Omregnet til 100 % - stillinger for logopeder som arbeider med afasirehabilitering, utgjør underskuddet ca 320 stillinger i de store og ca 176 100 % -stillinger i de mellomstore kommuner. I de små kommunene har man behov for minst 54 nye stillinger.

Undersøkelsen viser at de små kommunene oftere enn store kommuner bruker private ordninger med finansiering av NAV. Interkommunalt samarbeid som en løsning på å kunne tilby sine innbyggere afasirehabilitering er også mest brukt av små kommuner. Dette synes å være en fornuftig løsning i kommuner hvor behovet for rehabiliterings-tilbud ikke er spesielt stort og behovet oppstår ganske sjeldent. På den annen side er bruk av private ordninger avhengig av at det finnes privatpraktiserende logopeder som kan ta imot oppdrag fra kommunen. Interkommunalt samarbeid som en løsning fungerer bare hvis det finnes mange nok afasilogopeder i de kommunene som samarbeider om tjenestene.

6.2 TILGANG TIL REHABILITERING

Tilgjengeligheten av de kommunale rehabiliteringstilbudene for afasirammede er avhengig av at det finnes logopeder som kan gi et slikt tilbud. I tillegg må tilbudene være organisert på slik måte at det er lettest mulig for brukere å kunne benytte seg av dem.

Behov for afasirehabilitering melder seg etter et hjerneslag og et sykehusopphold i spesialhelsetjenesten. Etter utskrivning fra sykehuset vil det være behov for videre rehabilitering av den fysiske funksjonsevnen, praktiske daglige aktiviteter og for ca en 1/3 av pasientene også språk- og talefunksjonene i hjemkommunen. De afasirammede har derfor ofte behov for sammensatt rehabilitering. Dette stiller spesielle krav til organisering av de kommunale rehabiliteringstilbudene. For brukerne vil tilbudene være

lettest tilgjengelige når all sammensatt rehabilitering er organisert og koordinert på en oversiktlig måte.

I den nåværende situasjonen er afasirehabilitering i de fleste kommuner organisert i utdanningsvirksomheten, mens den fysikalske og ergoterapeutiske rehabiliteringen er organisert som helse- og omsorgstjenester. Denne organiseringen av afasirehabiliteringstilbudene er naturlig siden rehabilitering av språk- og taleferdigheter etter hjerne- slag er hjemlet i Opplæringsloven og betraktes som opplæring og spesialpedagogisk hjelp. Bare et lite mindretall av kommunene i denne undersøkelsen hadde organisert kommunale tjenester for afasirammede i enheter som koordinerer utdannings-, helse- og omsorgstjenester.

Organisering av disse tjenestene i rehabiliteringsvirksomhet kan ha den fordel at det på denne måten er lettere å etablere rutiner for informasjon og samarbeid mellom helse- og opplæringsvirksomhet i kommunen. Denne måten å organisere disse tjenestene på kan øke sannsynligheten for at en afasirammet etter et sykehusopphold vil få et helhetlig og tverrfaglig rehabiliteringstilbud i sin hjemkommune - også tilbud om afasirehabilitering.

Tilgang til tjenester via privatpraktiserende logopeder er et viktig supplement til kommunale tilbud både i de kommuner som har kommunalt ansatte logopeder, og de kommuner som ikke har et kommunalt tilbud. De private tilbudene brukes mest av små og mellomstore kommuner enten i form av kommunalt kjøp av tjenester fra privatpraktiserende logopeder eller gjennom bruk av privatpraktiserende med oppgjørsavtale med NAV.

De private tilbudene med finansiering over folketrygden oppleves ofte som tungvinte og brukeren kan oppleve en lang ventetid før tilbudet er på plass. Dette har vært vanlig spesielt etter de siste endringene i folketrygdloven i april 2008. I tillegg har NAV Helseforvaltning innført en praksis som setter følgende vilkår for refusjon for logopedisk behandling: ”det må hovedsakelig foreligge en *uttalelse fra spesialist eller spesialav-*

deling på sykehus i den sykdom som er årsak til språk- og talevanskene, som for eksempel nevrolog eller øre-, nese-, halslege” (NAV 2008). En av informantene formulerer sin opplevelse av dette slik:

”På grunn av henvisningsordningen når private logopeder skal ha refusjon fra RTV, vil det også være legen som gjør vurdering av behovet i utgangspunktet. Pr. dato godkjenner ikke NN trygdekontor henvisning fra annen lege enn spesialist i nevrologi eller indremedisin Dette gjør hele ordningen ekstra komplisert.”

Den endringen i hvordan folketrygdloven praktiseres som krever at det først skal søkes om kommunalt rehabiliteringstilbud, har likevel den fordelen at dette bidrar til å synliggjøre behovet i kommunene. På den annen side fører begge disse endringene til sammen til lange ventetider før den afasirammede kan få et tilbud.

6.3 KVALITET OG OMFANG

Kartleggingen av kvalitetsmessige sider ved de kommunale rehabiliteringstilbudene viser at den sakkyndige vurderingen av behovet oftest blir utført av en logoped eller en spesialpedagog ved PP-tjenesten. Når opplæringen som gis de afasirammede, ikke blir gitt av en kommunalt ansatt logoped, gis den av privatpraktiserende logopeder, lærere og spesialpedagoger ved PP-tjenesten eller av fysio- og ergoterapeuter uten veiledning av en logoped.

Det at sakkyndig vurdering av rehabiliteringsbehovet i de fleste kommuner blir utført av yrkesgrupper som har kompetanse i afasi, er viktig fordi dette bidrar til å sikre at ressursene brukes riktig og at de med behov for rehabilitering får dokumentert sitt behov. I 20 % av kommunene kan opplæring til afasirammede bli gitt av fysio- eller ergoterapeuter uten veiledning av en logoped. Dette er bekymringsfullt for de afasirammede fordi kartlegging og rehabilitering av de afatiske språkvanskene krever kompetanse og kunnskaper som disse yrkesgruppene bare i sjeldne tilfeller har. I tillegg kan det at fysio- og ergoterapeuter gir opplæring til afasirammede, også uten faglig veiledning og ansvar av logoped, være i strid med både opplæringslovens § 4A-5 ”Kompetansekrav til undervisningspersonell” (Opplæringslova av 1998) og ”Lov om

helsepersonell” (Lov om helsepersonell av 1999) kapittel 2, § 4, andre avsnitt, som pålegger helsepersonell til ”... å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og plikt til å hente råd hos spesialister ...”.

Resultatene viser ingen store forskjeller mellom kommunene med hensyn til intensiteten og varigheten av tilbudene. De afasirammede får opplæring gjennomsnittlig 2 ganger per uke tilsvarende til sammen 1,8 timer ukentlig i ca et og et halvt år i alle de tre gruppene av kommuner. Tilbudet har en gjennomsnittlig varighet på 17 måneder. Under 10 % av kommunene oppgir at opplæring gis flere enn to ganger i uken og mer enn to timer i uken.

Det er rimelig å anta at med et tilbud på et minimum av 3 timer opplæring pr uke, ville man kunnet oppnå bedre resultater og større fremgang for brukerne. Studier av effekten av afasirehabilitering har vist at det som er viktig for å oppnå forbedring, er mer avhengig av intensiteten enn av varigheten av tilbudet. Derfor ville det vært bedre bruk av ressursene å gi de afasirammede mer intensive opplæringstilbud enn det som er vanlig i følge denne undersøkelsen.

6.4 SVAKHETER I TILBUDENE OG FORBEDRINGSFORSLAG

De viktigste svakhetene med de kommunale tilbudene for afasirammede som er kommet frem i denne undersøkelsen, er mangelen på kapasitet i forhold til behov, og uoversiktlig koordinering av tilbudene. Med tanke på hvordan situasjonen til afasirammede og deres nære pårørende kan forbedres viser resultatene at det viktigste er å øke kapasiteten og intensiteten i de kommunale rehabiliteringstilbudene. Organiseringen av afasirehabiliteringstilbudene i kommunene vil med fordel kunne være mer oversiktlig og gjøre tilbudet mer tilgjengelig. For mange afasirammede, som har forskjellige grader av vansker med språk og tale, vil det være uoverkommelig å kunne oppspore rehabiliteringstilbud som kan være dårlig samkjørt med de andre tilbudene.

Selv om organisering av logopediske tjenester for voksne i utdanningsvirksomhet er naturlig, er det ikke sikkert at denne løsningen er den beste for brukeren. En slik orga-

nisering kan gjøre tverrfaglig rehabilitering lite oversiktlig for brukeren, fordi ansvaret for koordineringen mellom medisinske rehabiliteringstiltak og opplæring hos en logoped er uklar og ofte faller på brukeren eller de pårørende. Man kan argumentere for at organisering av afasirehabilitering i en koordinert rehabiliteringsvirksomhet kan ha den fordel at man lettere kan etablere rutiner for informasjon og samarbeid mellom helse- og opplæringsvirksomhet i kommunen. Sett fra brukerens synspunkt ville denne måten å organisere disse tjenestene på kunne øke sannsynligheten for at man etter et sykehusopphold vil kunne få en helhetlig og tverrfaglig rehabiliteringstilbud som også omfatter afasirehabilitering i sin hjemkommune.

Med bedre organisering og koordinering av rehabiliteringstilbudene vil tilgjengeligheten forbedres betydelig. Dette vil likevel ikke kunne løse mangelen på logopedkapasitet i kommunene. Kapasitetsmangelen omregnet til antall logopedstillinger for afasilogopeder tilsvarer ca 555 100 % -stillinger. En løsning som ville kunne forbedre tilbudet i de små kommunene med svært få innbyggere, er en mer utstrakt bruk av interkommunalt samarbeid om afasirehabilitering. Dette vil likevel fungere som en forbedring bare hvis de samarbeidende kommunene i felleskap etablerer tilstrekkelig kommunalt rehabiliteringskapasitet til å kunne møte behovet.

6.5 AFASIREHABILITERING I FREMTIDEN

Både Sosial- og helsedirektoratet (2005) og Helse- og omsorgsdepartementet (St.prp. nr 1 (2007 – 2008); Hansen 2008 og Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001-06-28)) til Lov om helsetjenester i kommunen av 1982) har de siste par årene entydig utpekt kommunene som de ansvarlige for rehabilitering av slagpasienter. Samtidig har departementet innskjerpet vilkår for refusjon av logopedisk behandling hos privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger og for NAV Helseforvaltnings garanti for slik behandling. NAV Helseforvaltning (NAV 2008) har innført en praksis som innebærer at logopedisk behandling bør være søkt i kommunen eller fylkeskommunen, og det bør foreligge vedtak om avslag fra kommunen før det gis stønad for slik behandling etter § 5 – 10 i folketryktdloven (Lov om folketrygd av 1997).

I en uttalelse fra Sosial- og helsedirektoratet (Sosial- og helsedirektoratet 2006) angående endring i folketrygdloven påpekes det at kommunene har ansvaret for undersøkelse og behandling av voksne med språk- og talevansker, og at plassering av ansvaret i kommunene tjener brukernes behov for integrerte og koordinerte rehabiliteringstilbud. Videre påpekes det uheldige med dagens system som åpner to forskjellige veier til afasirehabilitering - et kommunalt og et som finansieres over folketrygden. Det er uheldig at ansvaret pulveriseres og at systemet blir lite oversiktlig for brukerne.

Denne utviklingen vil kunne føre til at man i fremtiden kan få et rehabiliteringstilbud for afasirammede som i all hovedsak er basert på kommunale logopedtjenester. For at dette skulle kunne bli en realitet bør rehabiliteringskapasiteten i kommunene økes fra dagens ca 150 stillinger til det firedobbelte, dvs. til ca 600 stillinger. Med tanke på den forventede økningen på rundt 50 % i innsidens av hjerneslag frem til år 2030 (Ellekjær og Selmer 2007; Waaler 1999) vil det kunne være behov for å øke kapasiteten i de kommunale tilbudene ytterligere. Hvis denne økningen blir en realitet kan det i 2030 være behov for ca 900 kommunale afasilogopedstillinger bare for å kunne møte behovet til de ca 8000 nye afasirammede årlig. I tillegg bør tilbudene organiseres og koordineres slik at brukerne med behov for sammensatte rehabiliteringstiltak i form av både fysisk rehabilitering og rehabilitering og vedlikehold av språk-, tale- og kommunikasjonsferdigheter kan få tilgang til dem i sin hjemkommune i tråd med ”Samhandlingsreformen” lansert av Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråd Bjarne Håkon Hanssen (Hansen 2008).

7 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

En sentral målsetning i denne undersøkelsen var å kartlegge om rehabiliteringstjenester for afasirammede hovedsakelig er kommunale eller private og dokumentere hvordan kommunene følger opp sitt lovpålagte ansvar for å tilby de afasirammede logopedisk rehabilitering. Resultatene viser at kommunene erkjenner sitt ansvar, men de at kommunale rehabiliteringstilbudene har for liten kapasitet i forhold til behovet, og at nesten 80 % av de afasirammede er avhengige av private tjenester.

De afasirammede som får kommunale tilbud, får for lite intensive tilbud, og i for mange kommuner kan yrkesgrupper uten viktig kompetanse i afasi gi opplæring. De afasirammede, eller deres pårørende, får ofte selv ansvaret for å sørge for at rehabilitering av afatiske språkvansker ikke stopper opp i hjemkommunen. Det at mange kommunale tilbud er knyttet til utdanningsvirksomheten i kommunen er naturlig, men ikke alltid heldig for brukeren som kan ha behov for kontinuitet i rehabiliteringen i overgangen fra sykehus til oppfølging i hjemkommunen.

Det datamaterialet som er samlet inn i dette prosjektet, og funnene man har gjort, reiser noen interessante spørsmål for videre analyser og nye undersøkelser. I det innsamlede datamaterialet finnes det muligheter for videre analyser av trekk som karakteriserer de kommuner som har ansatt logopedar som arbeider med afasirehabilitering, sammenlignet med de kommuner som baserer tilbudene mer på private løsninger. Et spørsmål som er mulig og interessant å se på og som allerede er tilgjengelig hvis man kobler den innsamlede informasjonen med databasen KOSTRA, er om kommuneøkonomien har innvirkning på om kommunen tilbyr sine afasirammede innbyggere rehabilitering.

Man vet fra før at det finnes flere afasilogopedar, både kommunalt ansatte og privatpraktiserende, i de folkerike delene av landet. Videre analyser av regionale forskjeller i forholdet mellom kapasiteten i og behovet for de kommunale tilbudene skulle kunne

utføres meget enkelt, siden all nødvendig informasjon for slike analyser finnes i det innsamlede datamaterialet.

KILDELISTE

- Andreassen, Lisbeth Marie 2006, *Støttet samtale for voksne med afasi. En kvantitativ undersøkelse av logopeders erfaringer med bruk av Illustrert kommunikasjonsmateriell. Masteroppgave i spesialpedagogikk*. Universitetet i Oslo, Institutt for Spesialpedagogikk.
- Basso, A. 2005, How intensive/prolonged should intensive/prolonged treatment be? *Aphasiology*, 19, 975–984.
- Basso, A. og Caporali, A. 2001, Aphasia therapy or the importance of being earnest, *Aphasiology*, 15, 307 – 332.
- Beeson, P. B. og Hillis, A. E. 2001, Comprehension and Production of Written Words. I: R. Chapey (red.). *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 4th Edn. Baltimore, Maryland, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Befring, E. 2002, *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bhagal, S.K., Teasell, R. og Speechley, M. 2003, Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34, 987 – 993.
- Chapey, R. og Hallowell, B. 2001, Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. I: R. Chapey (red.). *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 4th Ed. Baltimore, Maryland, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Cherney, L.R. og Robey, R.R. 2001, Aphasia Treatment: Recovery, Prognosis, and Clinical Effectiveness. I: R. Chapey (red.). *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 4th Edn. Baltimore, Maryland, USA: Lippincott Williams & Willkins.
- Cornelissen, K., Laine, M., Tarkiainen, A., Järvensivu, T., Martin, N. Og Salmelin, R. 2003, Adult Brain Plasticity Elicited by Anomia Treatment. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2003; 15:444-461.
- De Vaus, D. 2004, *Surveys in social research*. Australia: Allen & Unwin.
- Duffy, J.R. og Coelho, C.A. 2001, Schuell's Stimulation Approach to Rehabilitation. I: R. Chapey (red.). *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 4th Edn. Baltimore, Maryland, USA: Lippincott Williams & Willkins.
- Ellekjær og Selmer 2007, Hjerneslag – like mange rammes, men prognosen er bedre. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 6, 2007:740 – 3.
- Ellekjær, H., Holmen, J., Indredavik, B. et al. 1997, Epidemiology in Innherred, Norway, 1994 – 1996. Incidence and 30 –days case – fatality rate. *Stroke* 1997; 28:2180 – 4.
- Enderby, P. 1998, Epidemiology of Communication Disorders and Service Planning. I: M. Leahy (red.). *Disorders of Communication – The Science of Intervention*. 2th Edn. London, England: Whurr Publishers Ltd.
- Fjærtøft, H. og Indredavik, B. 2007, Rehabilitering av pasienter med hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 4, 2007:442 – 5.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2001-06-28-765, Lov om helsetjenester i kommunen av 1982. HOD. Lovdata: besøkt 11.10.2007.

(<http://www.lovdata.no/>).

Gall, M.D., Gall, J.P. og Borg, W.R. 2007, *Educational Research – An Introduction*. 8th Edn. Boston, USA: Pearson Education, Inc.

Goodglass, H. 1993, *Understanding Aphasia*. London: UK: Academic Press, Inc.

Hansen, B.H. 2008, *Samarbeid skal lønne seg*. Helse- og omsorgsdepartementet, HOD: 5. juli 2008. Besøkt 15.10.2008:

(<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod>).

Hanson, W.R., Metter, E.J. og Riege, W.H. 1989, The course of chronic aphasia. *Aphasiology*, 3(1), 19 – 29.

Hux, K, Manasse, N., Weiss, A. og Beukelman, D.R. 2001, Augmentative and Alternative Communication for Persons with Aphasia. I: R. Chapey (red.). *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 4th Edn. Baltimore, Maryland, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kommunal Rapport. Besøkt 10.9.2006. (<http://www.kommunal-rapport.no/>).

Kommunenes Sentralforbund. Besøkt 10.9.2006. (<http://www.ks.no/>).

KUD 2001, *Talerøret – Vurdering av tilbud til personer med språk- og talevansker*, KUD: mars 2001.

Lindner, J.R., Murphy, T.H. og Briers, G.E. 2001, Handling non-response in social science research. *Journal of Agricultural Education*, 42(4), 43-53.

Lov om folketrygd av 1997. Lovdata: besøkt 11.7.2008. (<http://www.lovdata.no/>).

Lov om helsepersonell av 1999. Lovdata: besøkt 11.7.2007.

(<http://www.lovdata.no/>).

Lov om pasientrettigheter av 1999. Lovdata: besøkt 19.8.2007.

(<http://www.lovdata.no/>).

Lund, T. 2002, Metodologiske prinsipper og referanserammer. I T. Lund (red.) *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag og forfatteren.

Luria, A. R. 1973, *The Working Brain – An Introduction to Neuropsychology*. Penguin Books Ltd. 1973.

Murray, L.L. og Chapey, R. 2001, Assessment of Language Disorders in Adults. I: R. Chapey (red.). *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 4th Edn. Baltimore, Maryland, USA: Lippincott Williams & Willkins.

NAV. Besøkt 19.5.2008. (<http://rundskriv.nav.no/>), april 2008).

Norsk Logopedlag 2001, *Spørreundersøkelse blant medlemmer i NNL. Logopeders tilsetningsforhold og arbeid*. Kleppe: Lura Trykkeri as.

Næss, H. 2007, Hjerneinfarkt hos unge voksne. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 6, 2007:751 – 3.

- Opplæringslova av 1998. Lovdata: besøkt 11.7.2007 (<http://www.lovdata.no/>).
- Pulvermüller, F., Hauk, O., Zohsel, K., Neiningen, B. og Mohr, B. 2005, Therapy-related reorganization of language in both hemispheres of patients with chronic aphasia. *NeuroImage*, 28,481 – 489.
- Reinvang, I. 1994, *Afasi. Språkforstyrrelser etter hjerneskade. Kapittel 1-6*. Oslo:Universitetsforlaget.
- Ringdal, K. 2007, *Enhet of mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Robey, R.R. 1998, A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 172 – 187.
- Rygvold, A.-L. og Rygvold T. Norsk Logopedlag. 2005, *Norsk Logopedlags spørreundersøkelse 2005*. Besøkt 10.10.2008. (<http://www.norsk-logopedlag.no>).
- Rønning, Ole M. 2007, Hvordan stille diagnosen akutt hjerneslag? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 7, 2007; 127:888 – 91.
- Schiavetti, N. og Metz, D.E. 2002, *Evaluating Research in Communicative Disorders*. 4th Edn. Boston, USA: Pearson Education, Inc.
- Sheenan, K. 2001, E-mail Survey Response Rates: A Review. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 6(1) January 2001.

- Simmons-Mackie, N. 2001, *Social Approaches to Aphasia Intervention*. I: R. Chapey (red.). *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 4th Edn. Baltimore, Maryland, USA: Lippincott Williams & Willkins.
- Sosial- og helsedirektoratet 2006, *Høring – Endring i folketrygdloven, Behandling for språk- og taledefekter, 25.9.2006*. Besøkt 20.9.2008 (<http://www.norsk-logopedlag.no>).
- Square, P.A., Martin, R.E. og Bose, A. 2001, *Nature and Treatment of Neuromotor Speech Disorders in Aphasia*. I: R. Chapey (red.). *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 4th Edn. Baltimore, Maryland, USA: Lippincott Williams & Willkins.
- St.prp. nr. 61 (2005-2006) *Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2007 (kommuneproposisjonen)*.
- St.prp. nr.1 (2005-2006), *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*.
- Statistisk Sentralbyrå, KOSTRA. Besøkt 10.9.2006. <http://www.ssb.no/kostra/>.
- Statlig spesialpedagogisk støttesystem. Besøkt 12.1.2007. (<http://www.statped.no/>).
- Sørensen, P.M. 2005, *Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk*. I: *Blandingskompendiet SPED4090 Statistikk, Master*. Oslo: Unipubkompendier.
- Thommessen, B. 2003, *Cerebral Stroke in the Elderly – Patient Outcome and Caregiver Burden*. *Doktoravhandling*. Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus, 2003.

VOX 2004, *Språk- og talevansker hos voksne – Idesamling*. Nasjonalt senter for læring i arbeidslivet.

Wyller, T.B. 1998, Prevalence of stroke and stroke-related disability. *Stroke* 1998; 29: 866 – 7.

Waalder, H. 1999, *Sykdomsutvikling for elder frem til år 2030*. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.

OVERSIKT OVER DIAGRAM

- Diagram 1.** Andel praktikere og ledere som har besvart undersøkelsen i store, mellomstore og små kommuner (%), N=433.
- Diagram 2.** Virksomheter og etater representert i svarene fra alle informanter (%), N=270.
- Diagram 3.** Stillinger til praktikere som besvarte spørreskjemaet (%), N=122.
- Diagram 4.** Stillinger til ledere som besvarte spørreskjemaet (%), N=148.
- Diagram 5.** Andel kommuner med og uten kommunalt ansatte afaologopedar i store, mellomstore og små kommuner (%), N=230.
- Diagram 6.** Varighet av kommunalt opplæringstilbud til afasirammede målt i antall måneder., N=55.
- Diagram 7.** Antall nye afasirammede per år med og uten kommunalt tilbud om rehabilitering i kommunene i Norge. (%), N=433.

OVERSIKT OVER TABELLER

- Tabell 1.** ”Andelen av kommuner representert i resultatene totalt og fordelt på store, mellomstore og små kommuner.”
- Tabell 2.** ”Andelen av befolkning representert i resultatene totalt og fordelt på store, mellomstore og små kommuner.”
- Tabell 3.** ”Forskjellige løsninger på å gi afasirammede et tilbud om logopediske tjenester.”, N=230.
- Tabell 4.** ”Løsninger i de kommuner som oppgir at kommunen ikke har kommunalt ansatte afasilogopeder.”, N=123.
- Tabell 5.** ”De kommunalt ansatte logopedenes arbeidssted.”, N=122.
- Tabell.6.** ”Andre kommunale institusjoner logopeder arbeider i.”, N=33.
- Tabell 7.** ”Administrativ organisering av logopedtjenester for afasirammede.”, N=230.
- Tabell 8.** ”Oppfatninger om ansvar og om de afasirammedes rett til undervisning i henhold til Opplæringslovens § 4 A-2.”, N=230.
- Tabell 9.** ”Økonomisk og juridisk ansvar for å tilby logopediske tjenester for afasirammede i hjemkommunen.”, N=230.
- Tabell 10.** ”Oppfatning av afasirehabilitering som spesialundervisning eller medisinsk rehabilitering.”, N=122.
- Tabell 11.** ”Forskjellige løsninger på logopedisk rehabilitering for afasirammede i store, mellomstore og små kommuner.”, N=230.
- Tabell 12.** ”Antall stillinger og størrelsen på stillingsandelene i store, mellomstore og små kommuner”, N=55.
- Tabell 13.** ”Antall 100 % -stillinger i store, mellomstore og små kommuner”, N=55.

- Tabell 14.** ”Gjennomsnittlig antall 100 % -stillinger for afasilogopeder i de 55 kommunene som har opplyst at kommunen har logopeder som arbeider med afasirehabilitering.”
- Tabell 15.** ”Antall logopedstillinger omregnet til 100 % -stillinger til afasirehabilitering i de 106 kommuner som har oppgitt at kommunen har ansatt afasilogopeder.”
- Tabell 16.** ”Antall afasilogopeder i store, mellomstore og små kommuner”, N=106.
- Tabell 17.** ”Yrkesgrupper som utfører sakkyndig vurdering av behovet for afasirehabilitering. Svarene er gruppert etter kommunestørrelsen.”, N=122.
- Tabell 18.** ”Andre yrkesgrupper som utreder behovet.”, N=33.
- Tabell 19.** ”Antall ganger i uken de afasirammede får opplæring av en kommunalt ansatt logoped.”, N=55.
- Tabell 20.** ”Antall timer per uke de afasirammede får opplæring av en kommunalt ansatt logoped.”, N=55.
- Tabell 21.** ”Fordeling av svarene angående varigheten av tilbudet til de afasirammede.”, N=55.
- Tabell 22.** ”Antall og andel kommuner hvor opplæring til afasirammede gis av logopeder vs. andre yrkesgrupper.”, N=122.
- Tabell 23.** ”Andre yrkesgrupper enn kommunalt ansatte logopeder som gir opplæring til afasirammede.”, N=42.
- Tabell 24.** ”Resultater av krysstabuleringer for å finne sammenhenger mellom kommunestørrelsen og om kommunen har ansatt afasilogopeder.”
- Tabell 25.** ”Resultater av krysstabuleringer for å finne sammenhenger mellom kommunestørrelsen og om kommunen finansierer logopediske tjenester for afasirammede gjennom RTV – ordningen.”
- Tabell 26.** ”Antall logopedstillinger, nye afasirammede, behov for opplæring og logopedkapasitet per uke i de store, mellomstore og små kommunene i Norge.”, N= 433.
- Tabell 27.** ”Antall og andel afasirammede med og uten **kommunalt** tilbud i alle store og mellomstore kommuner.”, N=433.

8 VEDLEGG

8.1 Koding av svarene

8.1.1 Tabell A.2

A.2 Svar	Kode
Utdanning	1
Helse	2
Sentraladministrasjon	3
Annet	4

Missing ble kodet med verdien 9

8.1.2 Tabell A.3

A.3 Svar (Praktikere)	Kode	A.3 Svar (Ledere)	Kode
Logoped	1	Leder	1
Spesialpedagog	2	Konsulent	2
Lærer	3	Logoped/PPT	3
Fysio- eller ergoterapeut	4	—	
Annet	5	Annet	4

Missing ble kodet med verdien 9.

8.1.3 Tabell C/D.4

Svar	Kode
Ikke organisert	4
Sentraladministrasjon	5
Annet	6

Missing ble kodet med verdien 9.

8.1.4 Tabell B.2

B.2 Svar	Kode	Antall
100 %	1	X
50 %	2	Y
80 – 100 %	3	Z
60 – 80 %	4	U
50 – 60 %	5	V
30 – 50 %	6	T
20 – 30 %	7	S
10 – 20 %	8	W

Missing ble kodet med verdien 9.

8.1.5 Tabell G.4

G.4 Svar	Kode
Blir ikke utført	4
Logoped og lege	5
Logoped og en annen spesialpedagog ved PP-tjenesten	6
Lege (nevrolog eller øre-nese-halslege)	7
Logoped, lege eller ergoterapeut på sykehuset	8
Privatpraktiserende logoped	9
Tverrfaglig team, logoped eller en annen spesialpedagog	10

Missing ble kodet med verdien 0.

8.1.6 Tabell H.2

H.2 a)	Kode
De fleste afasirammede får opplæring 1 gang pr uke	1
De fleste afasirammede får opplæring 1-3 ganger pr uke	2
De fleste afasirammede får opplæring 3 gang eller mer pr uke	3
H.2 b)	Kode
De fleste afasirammede får opplæring 1 time pr uke	1
De fleste afasirammede får opplæring 1-3 timer pr uke	2
De fleste afasirammede får opplæring 3 timer eller mer pr uke.	3
H.2 c)	Kode
De fleste afasirammede får opplæring i mindre enn 6 måneder.	1
De fleste afasirammede får opplæring i 6 – 12 måneder.	2
De fleste afasirammede får opplæring i 1 – 2 år.	3
De fleste afasirammede får opplæring i over 2 år.	4
De fleste afasirammede får opplæring så lenge det finnes behov.	5
Annet, for eksempel fra noen måneder til flere år.	6

Missing ble kodet med verdien 9.

8.1.7 Tabell H.3

H.3 Svar (Praktikere)	Kode
Lærer under veiledning av en logoped	1
Lærer uten veiledning av en logoped	2
Sykehuspersonell under veiledning av en logoped	3
Sykehuspersonell uten veiledning av en logoped	4
Lærer eller spesialpedagog ved voksenopplæring (ikke logoped)	5
Privatpraktiserende logoped	6
Andre, for eksempel pårørende under veiledning av en logoped	7

Missing ble kodet med verdien 9.

8.2 Informasjonsskriv - Ledere

Afasirehabilitering i kommuner - Informasjon om spørreskjemaet

Denne undersøkelsen har til hensikt å samle informasjon om tilbudet på rehabilitering for afasirammede voksne i kommunene. Det vil være en fordel at dette spørreskjemaet blir besvart av **lederen for undervisningsetaten**, som har kjennskap til kommunens tilbud til afasirammede voksne.

Det er også viktig at den informasjonen vi får, gjenspeiler **virkeligheten** slik som den er. Derfor vil vi sette veldig stor pris på at den personen som besvarer spørreskjemaet, prøver å svare på spørsmålene så oppriktig som mulig etter beste evne.

Det er viktig at også de kommuner som ikke har egne logopedtjenester, besvarer skjemaet og leverer det til oss.

For at den informasjonen som blir samlet ved hjelp av en slik undersøkelse, skulle være så pålitelig som mulig, vil vi gi noen korte definisjoner av visse sentrale begreper som går igjen i de fleste spørsmålene. **Vi oppfordrer alle de som skal besvare spørreskjemaet, ta seg tid til å lese og tenke gjennom disse definisjonene.**

Definisjoner:

1. Afasirammet:

En voksen person som er blitt rammet av en hjerneskada og denne skaden har ført til at språk-, tale- og kommunikasjonsevnen er blitt svekket.

2. Logoped:

En spesialpedagog som er spesialist i normal og avvikende språk-, tale- og kommunikasjon hos barn, unge og voksne og som er utdannet til å vurdere og gi opplæring til barn, unge og voksne som har vansker med språk, tale eller kommunikasjon.

3. Logopediske tjenester:

Tjenester gitt av logopeder, som kan vurdere og gi opplæring til barn og voksne med språk-, tale- eller kommunikasjonsvansker.

4. Afasirehabilitering:

Opplæring gitt av logopeder til afasirammede med tanke på rehabilitering av språk-, tale- og kommunikasjonsferdigheter.

8.3 Informasjonsskriv - Praktikere

Afasirehabilitering i kommuner - Informasjon om spørreskjemaet

Denne undersøkelsen har til hensikt å samle informasjon om tilbudet på rehabilitering for afasirammede voksne i kommunene. Det vil være en fordel at dette spørreskjemaet blir besvart av en **logoped eller spesialpedagog, som selv arbeider med afasirammede**.

Det er også viktig at den informasjonen vi får, gjenspeiler **virkeligheten** slik som den er. Derfor vil vi sette veldig stor pris på at den personen som besvarer spørreskjemaet, prøver å svare på spørsmålene så oppriktig som mulig etter beste evne.

For at den informasjonen som blir samlet ved hjelp av en slik undersøkelse, skulle være så pålitelig som mulig, vil vi gi noen korte definisjoner av visse sentrale begreper som går igjen i de fleste spørsmålene. **Vi oppfordrer alle de som skal besvare spørreskjemaet, ta seg tid til å lese og tenke gjennom disse definisjonene.**

Definisjoner:

1. Afasirammet:

En voksen person som er blitt rammet av en hjerneskada og denne skaden har ført til at språk-, tale- og kommunikasjonsevnen er blitt svekket.

2. Logoped:

En spesialpedagog som er spesialist i normal og avvikende språk-, tale- og kommunikasjon hos barn, unge og voksne og som er utdannet til å vurdere og gi opplæring til barn, unge og voksne som har vansker med språk, tale eller kommunikasjon.

3. Logopediske tjenester:

Tjenester gitt av logopeder, som kan vurdere og gi opplæring til barn og voksne med språk-, tale- eller kommunikasjonsvansker.

4. Afasirehabilitering:

Opplæring gitt av logopeder til afasirammede med tanke på rehabilitering av språk-, tale- og kommunikasjonsferdigheter.

8.4 Følg brev – Ledere

Til lederen for rehabiliteringstilbudet

Oslo 17.11.2006

”Afasirehabilitering i kommuner” -

kartlegging av rehabiliteringstilbudet til voksne afatikere i kommunene

Dette prosjektet er finansiert av **Helse og rehabilitering** og gjennomføres med initiativ av **Afasiforbundet i Norge**. Prosjektet gjennomføres som et spørreskjema-intervju i løpet av oktober-november 2006.

Undersøkelsen består av to forskjellige spørreskjemaer; den ene går til **ledere av rehabiliteringstilbudet** og den andre til logopedier eller andre spesialpedagoger som arbeider med opplæring av voksne afasirammede.

Det **vedlagte spørreskjemaet** er til **lederen** består av ett A4 – ark som inneholder spørsmål som kan besvares ved å krysse av ”stemmer” eller ”stemmer ikke”. I noen spørsmål er det mulig å krysse av et eller flere alternativer som passer i deres kommune. Det er også mulig å forklare med egne ord hvis ingen av alternativene som er gitt, passer.

I tillegg følger det med et kort **informasjonsbrev om undersøkelsen** og noen **definisjoner** av termer som er brukt i formulering av spørsmålene.

Det er viktig at dere prøver å svare på spørsmålene **selv om det ikke finnes egne logopediske tjenester i deres kommune**. Dette vil bidra til å forbedre påliteligheten og troverdigheten av resultatene av denne undersøkelsen.

Svarfrist 10.12.2006.

Returadresse: Afasiforbundet i Norge, ”Afasirehabilitering i kommuner”
v/ Irmeli Oraviita

Postboks 8716, Youngstorget, 0028 Oslo eller irmelio@online.no

Med vennlig hilsen

Irmeli Oraviita, prosjektleder

8.5 Følgerev – Praktikere

Oslo 17.11.2006

”Afasirehabilitering i kommuner” -

kartlegging av rehabiliteringstilbudet til voksne afatikere i kommunene

Dette prosjektet er finansiert av **Helse og rehabilitering** og gjennomføres med initiativ av **Afasiforbundet i Norge**. Prosjektet gjennomføres som et spørreskjemaintervju i løpet av oktober-november 2006.

Undersøkelsen består av to forskjellige spørreskjemaer; den ene går til ledere av utdannings-etaten og den andre til **logoped** eller **andre spesialpedagoger som arbeider med opplæring av voksne afasirammede**.

Det **vedlagte spørreskjemaet** er til logopeden eller spesialpedagogen som arbeider med afasirehabilitering. Skjemaet består av to A4 – ark som inneholder spørsmål som kan besvares ved å krysse av ”stemmer” eller ”stemmer ikke”. I noen spørsmål er det mulig å krysse av et eller flere alternativer som passer i deres kommune. Det er også mulig å forklare med egne ord hvis ingen av alternativene som er gitt, passer.

I tillegg følger det med et kort **informasjonsbrev om undersøkelsen** og noen **definisjoner** av termer som er brukt i formulering av spørsmålene.

Vi vil understreke at hensikten med undersøkelsen ikke er å teste kunnskaper, men få informasjon om hvordan tilbudet til afasirammede er og hvordan tilbudene er organisert.

Svarfrist: Snarest.

Returadresse: Afasiforbundet i Norge, ”Afasirehabilitering i kommuner”
v/ Irmeli Oraviita

Postboks 8716, Youngstorget, 0028 Oslo eller irmelio@online.no

Med vennlig hilsen

Irmeli Oraviita, prosjektleder

8.6 E-post til ledere med spørreskjema som vedlegg

”Afasirehabilitering i kommuner” -kartlegging av rehabiliteringstilbudet
til voksne afatikere i kommunene

Jeg ber om at denne e-posten blir videresendt til **lederen av utdanningsetaten i kommunen.**

Prosjektet er finansiert av **Helse og rehabilitering** og gjennomføres med initiativ av **Afasi-
forbundet i Norge**. Prosjektet gjennomføres som et spørreskjemaintervju i løpet av oktober-
november 2006.

Det er ønskelig at også de **kommuner som ikke har egne logopedtjenester,**
besvarer spørreskjemaet etter beste evne.

Hvordan fyller jeg ut spørreskjemaet og sender det tilbake?

Det finnes to måter å gjøre dette på.

Alternativ 1:

1. Skriv ut spørreskjemaet og fyll det ut for hånd og
2. Send det utfylte skjemaet til Afasiforbundet i Norge, ”Afasirehabilitering i kommuner”

v/ Irmeli Oraviita

Postboks 8716, Youngstorget, 0028 Oslo

Alternativ 2:

1. Lagre spørreskjemaet som et Word-dokument på maskinen din
2. Åpne det lagrede dokumentet; da kan du skrive inn i dokumentet
3. Fyll ut skjemaet ved å krysse av de alternativene som du ønsker
4. Du kan skrive normalt i alle steder hvor det er tomt felt for skrift
5. Lagre det utfylte skjemaet som et Word-dokument
6. Send dette dokumentet som vedlegg til e-post til avsenderen:
irmelio@online.no

Uansett hvilket alternativ du velger, er du velkommen til å stille spørsmål om spørreskjemaet eller utfylling og returnering av det til meg på telefon 915 806 55 eller e-post irmelio@online.no.

Svarfrist 10.12.2006.

Takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Irmeli Oraviita, prosjektleder.

Vedlegg:

1. Følg brev til undersøkelsen (1 A4-ark)
2. Informasjonsskriv til spørreskjemaet (1 A4-ark)
3. Spørreskjema (1 A4 ark)

8.7 E-post til praktikere med spørreskjema som vedlegg

”Afasirehabilitering i kommuner” -kartlegging av rehabiliteringstilbudet
til voksne afatikere i kommunene

Jeg ber om at denne e-posten blir videresendt til **logopeden eller spesialpedagogen som arbeider med voksne afasirammede.**

Prosjektet er finansiert av **Helse og rehabilitering** og gjennomføres med initiativ av **Afasiforbundet i Norge**. Prosjektet gjennomføres som et spørreskjemaintervju i løpet av oktober-november 2006.

Det er ønskelig at også de **kommuner som ikke har egne logopedtjenester, besvarer spørreskjemaet etter beste evne.**

Hvordan fyller jeg ut spørreskjemaet og sender det tilbake?

Det finnes to måter å gjøre dette på.

Alternativ 1:

3. Skriv ut spørreskjemaet og fyll det ut for hånd og
4. Send det utfylte skjemaet til Afasiforbundet i Norge, ”Afasirehabilitering i kommuner”

v/ Irmeli Oraviita

Postboks 8716, Youngstorget, 0028 Oslo

Alternativ 2:

7. Lagre spørreskjemaet som et Word-dokument på maskinen din
8. Åpne det lagrede dokumentet; da kan du skrive inn i dokumentet
9. Fyll ut skjemaet ved å krysse av de alternativene som du ønsker
10. Du kan skrive normalt i alle steder hvor det er tomt felt for skrift
11. Lagre det utfylte skjemaet som et Word-dokument
12. Send dette dokumentet som vedlegg til e-post til avsenderen:
irmelio@online.no

Uansett hvilket alternativ du velger, er du velkommen til å stille spørsmål om spørreskjemaet eller utfylling og returnering av det til meg på telefon 915 806 55 eller e-post [irme-
lio@online.no](mailto:irmelio@online.no).

Svarfrist 10.12.2006.

Vi vil benytte anledningen til å takke alle de logopedene, som allerede har besvart spørreskjemaet! Dere har vært til stor hjelp for oss og bidratt til at denne undersøkelsen om tilbudet til afasirammede i kommunene, gir et sannferdig og pålitelig bilde av virkeligheten.

Takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Irmeli Oraviita, prosjektleder.

Vedlegg:

4. Følgerev til undersøkelsen (1 A4-ark)
5. Informasjonsskriv til spørreskjemaet (1 A4-ark)
6. Spørreskjema (2 A4 ark)

8.8 Spørreskjema for ledere

A.1	Kommunens navn?	
A.2	I hvilken administrativ seksjon og etat i kommunen jobber du?	
A.3	Hvilken stilling har du?	

B.1	I denne kommunen finnes det kommunalt ansatte logopedersom arbeider med afasirammede.	stemmer	stemmer ikke
B.2	I denne kommunen kjøper vi logopediske tjenester for afasirammede fra en annen kommune.	stemmer	stemmer ikke
B.3	I denne kommunen kjøper vi logopediske tjenester for afasirammede fra privatpraktiserende logopeders.	stemmer	stemmer ikke
B.4	I denne kommunen finansieres logopediske tjenester for afasirammede av Rikstrygdeverket.	stemmer	stemmer ikke
B.5	Denne kommunen har et interkommunalt samarbeid om logopedtjenestene.	stemmer	stemmer ikke

C. De logopediske tjenestene for afasirammede i denne kommunen er administrativt organisert under:		Kryss av alle alternativene som passer
1	Utdanningsetaten	
2	Helse- og omsorgsetaten	
3	En kombinasjon av disse	
4	På en annen måte. Hvilken?	

D.1	I min kommune oppfatter vi det å gi opplæring til afasirammede voksne som et kommunalt ansvar.	stemmer	vet ikke	stemmer ikke
D.2	Afasirammede voksne har rett til spesialundervisning i henhold til Opplæringsloven	stemmer	vet ikke	stemmer ikke
D.3	Retten til spesialundervisning på grunn av språk-, tale- og kommunikasjonsvansker gjelder bare elever i grunnskoler og videregående skoler	stemmer	vet ikke	stemmer ikke

E. Etter at den afasirammede er kommet tilbake fra sykehus til hjemkommunen, ligger det økonomiske og juridiske ansvaret for å tilby logopediske tjenester hos:				
1	Kommunen	stemmer	vet ikke	stemmer ikke
2	Fylkeskommunen	stemmer	vet ikke	stemmer ikke
3	Staten	stemmer	vet ikke	stemmer ikke

Returadresse: irmelio@online.no eller Afasiforbundet i Norge,
 Afasirehabilitering i kommuner v/ Irmeli Orviita
 Postboks 8716, Youngstorget, 0028 Oslo

8.9 Spørreskjema for praktikere

A.1	Kommunens navn?	
A.2	I hvilken administrativ seksjon og etat i kommunen jobber du?	
A.3	Hvilken stilling har du?	

B.1	I denne kommunen finnes det kommunalt ansatte logopedersom arbeider med afasirammede.	stemmer	stemmer ikke
B.2	Angi antallet kommunalt ansatte logopedersom arbeider med rehabilitering av afasirammede voksne i din kommune?	i 100 % -stilling: i 50 % -stilling: i andre stillingsandeler/hvilke?:	
B.3	I denne kommunen kjøper vi logopediske tjenester for afasirammede fra en annen kommune.	stemmer	stemmer ikke
B.4	I denne kommunen kjøper vi logopediske tjenester for afasirammede fra privatpraktiserende logopeders.	stemmer	stemmer ikke
B.5	I denne kommunen finansieres logopediske tjenester for afasirammede av Rikstrygdeverket.	stemmer	stemmer ikke
B.6	Denne kommunen har et interkommunalt samarbeid om logopedtjenestene.	stemmer	stemmer ikke

C.	De kommunalt ansatte logopedene i denne kommunen arbeider i:	Kryss av alle alternativene som passer
1	Voksenopplæring	
2	Pedagogisk-psykologisk tjeneste	
3	Kommunalt rehabiliteringssenter	
4	Sykehjem	
5	Andre kommunale institusjoner. Hvilke:	

D.	De logopediske tjenestene for afasirammede i denne kommunen er administrativt organisert under:	Kryss av alle alternativene som passer
1	Utdanningsetaten	
2	Helse- og omsorgsetaten	
3	En kombinasjon av disse	
4	På en annen måte. Hvilken?	

E.	Etter at den afasirammede er kommet tilbake fra sykehus til hjemkommunen, ligger det økonomiske og juridiske ansvaret for å tilby logopediske tjenester hos:			
1	Kommunen	stemmer	vet ikke	stemmer ikke
2	Fylkeskommunen	stemmer	vet ikke	stemmer ikke
3	Staten	stemmer	vet ikke	stemmer ikke

Returadresse: irmelio@online.no eller Afasiforbundet i Norge,
 Afasirehabilitering i kommuner v/ Irmeli Orviita
 Postboks 8716, Youngstorget, 0028 Oslo

F.1	I denne kommunen ser vi på afasirehabilitering som opplæring som gis i form av spesialundervisning.	stemmer	vet ikke	stemmer ikke
F.2	I denne kommunen ser vi på afasirehabilitering som behandling på lik linje med medisinsk rehabilitering.	stemmer	vet ikke	stemmer ikke
F.3	Vi oppfatter det som et kommunalt ansvar å gi opplæring til afasirammede voksne i hjemmekommunen.	stemmer	vet ikke	stemmer ikke
F.4	Afasirammede voksne har rett til spesialundervisning i henhold til opplæringsloven.	stemmer	vet ikke	stemmer ikke
F.5	Retten til spesialundervisning på grunn av språk-, tale- og kommunikasjonsvansker gjelder bare elever i grunnskoler og videregående skoler.	stemmer	vet ikke	stemmer ikke

G.	Sakkyndig vurdering av afasirammedes behov for spesialundervisning vil i denne kommunen bli utført av:	Kryss av alle alternativene som passer	
1	Logoped		
2	Psykolog		
3	Spesialpedagog ved PP-tjenesten		
4	En annen yrkesgruppe		
	Hvilken:		

H.	Afasirammede voksne med behov for opplæring, vil:		
1	få et tilbud om opplæring av en kommunal logoped.	stemmer	stemmer ikke
2	Svarte du <i>stemmer</i> på spørsmålet foran, kan du svare så godt du kan på følgende spørsmål:		
	a) Hvor mange ganger pr uke får de fleste afasirammede opplæring?		
	b) Hvor mange timer pr uke får de fleste afasirammede opplæring?		
	c) Over hvor lang periode får de fleste afasirammede opplæring (år/mnd)?		
	d) Kommentarer til det du svarte i H.2a) – c). (For eksempel opplæring gis fra 2 til 3 ganger/timer pr uke eller fra 6 måneder til 2 år.)		
3	Vil få opplæringstilbud av en annen yrkesgruppe.	stemmer	stemmer ikke
	Hvilke yrkesgrupper?		

Returadresse: irmelio@online.no eller Afasiforbundet i Norge,
 Afasirehabilitering i kommuner v/ Irmeli Oraviita
 Postboks 8716, Youngstorget, 0028 Oslo