

Afasirehabilitering i Troms og Finnmark

En kvantitativ studie av det språklige rehabiliteringstilbudet personer med afasi får i hjemkommunen.

Mette Brådalen Karlsen

Masteroppgave i logopedi LOG-3900 – Mai 2014

SAMMENDRAG

TITTEL:

Afasirehabilitering i Troms og Finnmark. En kvantitativ undersøkelse av det språklige rehabiliteringstilbudet personer med afasi får i hjemkommunen.

BAKGRUNN OG FORMÅL:

Årlig får 15 000 mennesker hjerneslag i Norge og over 1/4 av disse får afasi (Helsedirektoratet, 2010). Det er flest eldre mennesker som rammes men også yngre. Antallet hjerneslag vil antagelig øke de neste årene fordi det blir flere eldre i befolkningen og fordi livsstilssykdommer også er økende. Dette vil gjøre at behovet for språklig rehabilitering øker og det får konsekvenser for det tilbudet kommunene skal gi. Formålet med prosjektet mitt er å synliggjøre tilbudet om afasirehabilitering i Troms og Finnmark, og se om det er forskjell på anbefalt afasirehabilitering og det tilbudet som gis.

PROBLEMSTILLINGEN er:

«Hvilke tilbud om språklig rehabilitering får personer med afasi i Troms og Finnmark?»

METODE:

Jeg valgte en kvantitativ metode fordi jeg ønsket å få informasjon fra et representativt utvalg. Til datainnsamlingen brukte jeg spørreskjema som ble sendt til ledere i kommunene og til logopeder. Utvalget består av alle kommunene i Troms og Finnmark og av privatpraktiserende- og kommunalt ansatte logopeder.

RESULTATER:

Funnene viser at tilbudet om språklig rehabilitering i kommunene varierer både når det gjelder organisering og innhold. Det er både kommunale og private løsninger. Intensiv språktrening brukes i mindre grad enn det afasiforskning og nasjonale retningslinjer anbefaler. Tilbudet om afasigrupper varierer og i mange kommuner er det ikke afasigrupper.

FORORD

Etter to år av logopedistudiet der vi har hatt mange forskjellige tema, har det vært interessant å arbeide kun med temaet afasi og afasirehabilitering. Det har vært utfordrende å velge ut en liten del av et stort tema, og i tillegg bruke en kvantitativ metode til også å få kvalitative opplysninger.

Jeg vil takke min veileder Jorun Høier for hjelp og mange gode tips underveis i skriveprosessen.

Jeg vil takke venner, kollegaer og studiekamerater for støtte og oppmuntring i prosjektetida.

Jeg vil takke familien min som har «holdt ut» med meg de siste månedene og spesielt de siste ukene med «hektisk» skriving.

Nordkjosbotn, mai 2014

Mette Brådalen Karlsen

INNHOOLD

SAMMENDRAG

FORORD

| | |
|--|----|
| 1. INNLEDNING | 9 |
| 2. TEORI | 13 |
| 2.1 AFASIENS KJENNETEGN OG UTFORDRINGER | 13 |
| 2.2 AFASIREHABILITERING | 15 |
| 2.3 HJERNENS PLASTISITET, INTENSITET OG VARIGHET AV AFASIREHABILITERING | 19 |
| 3. METODE | 23 |
| 3.1 SAMFUNNSVITENSKAPELIG FORSKNING | 23 |
| 3.2 METODE OG DESIGN I MITT PROSJEKT | 24 |
| 3.3 UTVALG OG UTSENDELSE AV SPØRRESKJEMA | 27 |
| 3.4 ETISKE OVERVEIELSER | 28 |
| 3.5 VALIDITET OG RELIABILITET | 29 |
| 3.6 UTFORMING AV SPØRRESKJEMA | 30 |
| 4. RESULTATER..... | 33 |
| 4.1 KOMMENTAR TIL GJENNOMFØRINGEN AV SPØRREUNDERSØKELSEN | 33 |
| 4.2 SVARPROSENT | 34 |
| 4.3 KOMMUNALE ELLER PRIVATE LØSNINGER PÅ AFASIREHABILITERINGEN | 35 |

| | |
|--|----|
| 4.4 YRKESGRUPPER OG ETAT SOM ORGANISERER TILBUDET TIL PERSONER MED | |
| AFASI | 39 |
| 4.5 LOGOPEDDEKNING I KOMMUNENE | 41 |
| 4.6 INNHOLD OG VARIGHET AV AFASIREHABILITERINGEN | 43 |
| 5. DRØFTING | 47 |
| 5.1 ORGANISERING AV AFASIREHABILITERING..... | 47 |
| 5.2 LOGOPEDDEKNING I KOMMUNENE..... | 50 |
| 5.3 TILBUD OM INTENSIV SPRÅKTRENING | 53 |
| 5.4 TILBUD OM AFASIGRUPPE | 55 |
| 5.5 VARIGHET AV AFASIREHABILITERING..... | 56 |
| 6. AVSLUTNING | 58 |
| 7. LITTERATURLISTE..... | 59 |
| 8. VEDLEGG..... | 63 |

1. INNLEDNING

Tema for masteroppgaven er afasirehabilitering. Det finnes flere definisjoner på afasi og felles for de fleste definisjonene er at: «afasi er en ervervet, ikke medfødt, språkforstyrrelse etter en skade i hjernen» (Qvenild m.fl. 2010:24). Chapey og Hallowell (2008) bruker begrepene ervervet kommunikasjonsvanske i sin definisjon. Mitt fokus er å se spesielt på hvilke tilbud om afasirehabilitering som gis i kommunene i Troms og Finnmark.

Årsaken til afasi er oftest hjerneslag etter blodpropp eller blødning i hjernen, men kan også skyldes, ytre hodeskader, hjernesvulst eller andre sykdommer (Lind m.fl. 2000). Med afasi kan det følge tilleggsvansker som apraksi, vansker med motorisk programmering og utførelse av viljestyrt handling (Patterson & Chapey, 2008). Både afasi og apraksi skyldes som regel skade i venstre hjernehalvdel. Dysartri er også en vanske som ofte kommer etter hjerneslag og som fører til nedsatt kontroll av talemuskulatur (Qvenild m.fl. 2010). Årlig rammes 15 000 mennesker av hjerneslag i Norge og omtrent 25 % av disse får afasi (Helsedirektoratet, 2010). I Pedersen m.fl. (1995) står det at opp mot 40 % av de som rammes av hjerneslag får afasi (referert i Hallowell og Chapey 2008). Antallet hjerneslag vil antagelig øke de neste årene fordi det blir stadig flere eldre i befolkningen. Dette får konsekvenser for behovet for språklig rehabilitering og det tilbudet kommunene skal gi. Personen med afasi får en endret hverdag, arbeidssituasjonen blir forandret i større eller mindre grad og kommunikasjonen både med de nærmeste og med andre rammes. Språkvansken påvirker også lesing og skriving. Rehabilitering etter hjerneslaget skal inneholde både fysisk opptrening og språktrening (Helsedirektoratet, 2010). Kommunikasjon er viktig og den som får afasi får språkvansker som går utover kommunikasjonen i ulik grad og har behov for logopedisk hjelp.

Høsten 2012 hadde jeg afasipraksis og fikk se hva afasirehabilitering kan være. Undervisning og litteraturstudier om afasi og afasirehabilitering, og observasjon og videoopptak av personer som har afasi gjorde at jeg ble interessert i dette temaet. Samtale med pårørende til personer med afasi har også medvirket til at jeg ønsket å finne ut mer om hvilke tilbud om afasirehabilitering som gis i kommunene.

For å sette min masteroppgave inn i en større sammenheng har jeg sett på andre undersøkelser om afasirehabilitering som er gjort i Norge tidligere. Jeg har ikke funnet noen undersøkelser som viser hvordan tilbudet om afasirehabilitering er i Troms og Finnmark spesielt, men jeg har funnet en masteroppgave om afasirehabilitering i kommunene i hele Norge, der det deles inn i små, mellomstore og store kommuner (Oraviita, 2008). Norsk Logopedlag har hatt to spørreundersøkelser, en i 2005 (Rygvoid og Rygvold, 2005) og en i 2000 (Kunnskapsdepartementet, 2000) som gikk på logopeders tilsetningsforhold og arbeid.

Målet for mitt masterprosjekt er å synliggjøre tilbudet om afasirehabilitering i Troms og Finnmark og se om det er forskjell på anbefalt afasirehabilitering og det tilbudet som gis i ulike kommuner. Jeg har valgt å avgrense undersøkelsen til Troms og Finnmark fordi jeg ønsker å se på hvilke tilbud om afasirehabilitering det finnes i denne delen av landet, og om det er forskjeller mellom kommunene i de to nordligste fylkene.

PROBLEMSTILLINGEN er:

Hvilke tilbud om språklig rehabilitering får personer med afasi i Troms og Finnmark?

Med hvilke tilbud mener jeg både hvem som gir tilbudet, hvor ofte tilbud om språktrening gis, og hva innholdet i tilbudet er. Jeg avgrenser begrepet afasi i denne oppgaven til skade etter hjerneslag og andre ervervede skader, hos voksne personer som har hatt et normalt språk før skaden inntraff..

For å konkretisere problemstillingen har jeg utarbeidet flere forskningsspørsmål: 1) Er det kommunalt ansatt logoped eller er det privatpraktiserende logoped som gir afasirehabilitering? 2) Er det andre yrkesgrupper enn logopeder, som utfører språktrening med personer med afasi? 3) Hvor mange økter med språktrening får personer med afasi per uke? 4) Brukes intensiv språktrening eller grupper i afasirehabiliteringen?

Jeg har også utarbeidet noen hypoteser som jeg ønsker å få bekreftet eller avkreftet:

1) Det er flere kommunalt ansatte logopeder i store- og mellomstore kommuner i forhold til innbyggertall, enn i små kommuner. 2) Små kommuner bruker privatpraktiserende logopeder til å gi afasirehabilitering i større grad enn det store- og

mellomstore kommuner gjør. 3) Afasirammede i kommuner med få innbyggere, må reise langt for å få behandling eller de får ikke den behandlingen de har krav på.

Jeg har ikke stilt spørsmål om hvilke tilbud som gis på sykehus, men konsentrert meg om hva som blir gitt av tilbud i hjemkommunen og eventuelt om personer med afasi får kortere opphold på rehabiliteringsinstitusjoner i andre kommuner, og om de får intensiv trening der.

Det er flere begrep som brukes om tilbudet personer med afasi får. Begrepet behandling har sin rot i medisinsk miljø, mens begrepene undervisning og språktrening har rot i pedagogiske miljøer. Jeg har valgt å bruke begrepet rehabilitering, men bruker også begrepene behandling og undervisning i spørsmål jeg har stilt. I Lov om grunnskolen og den vidaregående opplæringa (opplæringslova, 1998) står det om opplæring spesielt organisert for voksne. Retten til opplæring gjelder også voksne som på grunn av sykdom eller skade har behov for fornyet opplæring, opplæringslova § 4A-2: « voksne som har særlege behov for opplæring for å kunne utvikle eller halde ved like grunnleggjande dugleik, har rett til slik opplæring» (Lovdata, 2002 og Afasiforbundet, 2009). Tilbud etter opplæringslova krever individuell sakkyndig vurdering og enkeltvedtak (Qvenild m.fl. 2010 og Becker, 2014). I Lov om folketrygden (1997) § 5-10 står det om at det ytes stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos logoped (Lovdata, 2002). NAVs Helsetjenesteforvaltning (HELFO) dekker utgiftene til logoped hvis ikke kommunen har logoped som gir afasirehabilitering.

Rehabilitering kan defineres som: «å gjøre noen skikket på nytt, å gjenoppbygge eller sette i funksjonsdyktig stand igjen» (Lind og Haaland-Johansen, 2010:42). Begrepet rehabilitering brukes i faglitteratur og i skriv fra helsedirektoratet. Intensitet og varighet er sentralt i litteratur om afasirehabilitering. I Stette (2013) legges det vekt på at personer med afasi har behov for individuelt tilpasset hjelp og rehabilitering. Det er viktig å komme i gang med språklig rehabilitering raskt (Helsedirektoratet, 2010). Språkrehabilitering i akutfasen er viktig (Robey, 1998). Studier har vist sammenheng mellom intensitet i behandlingen og utbytte av rehabiliteringen (Basso, 2003). Helsedirektoratet (2010) anbefaler at personer med afasi får timer hos logoped ofte nok, mer enn fem timer per uke, og lenge nok. Erfaring viser også at personer med

afasi kan ha utbytte av rehabilitering flere år etter at hjerneslaget eller skaden oppstod (Qvenild m.fl. 2010). Dagens afasirehabilitering som gis av kommunale- og privatpraktiserende logopeder kan i enkelte kommuner suppleres med telemedisinsk språktrening.

2. TEORI

Afasi og afasirehabilitering er hovedbegrepene i problemstillingen min. I litteraturen finner vi ulike definisjoner på afasi og hvilke konsekvenser afasi kan gi språklig og om hvordan det kan påvirke kommunikasjonen. I afasirehabilitering blir det brukt ulike begrep som behandling og undervisning, det har både en medisinsk side og en pedagogisk side. Afasi er en vanske som skyldes en sykdom eller skade, medisinsk årsak, og der rehabiliteringen også består av pedagogisk arbeid som språktrening. Forskning har funnet ut at intensitet og varighet er viktige sider ved afasirehabilitering. I hjernen kan det skje endringer hele tiden og hjernens plastisitet påvirkes av stadige gjentakelser.

2.1 AFASIENS KJENNETEGN OG UTFORDRINGER

Afasiforskning hører til et fagfelt som er preget av tverrfaglighet, og det finnes flere definisjoner på afasi avhengig av den synsvinkelen afasi sees ut i fra. I min oppgave legger jeg vekt på hvordan ulike sider ved språket er rammet og hvilke konsekvenser det kan ha for kommunikasjonen. En forbinder gjerne afasi med å ha vansker med å uttrykke seg muntlig, men det er ikke bare talespråket som rammes. Den afasirammede vil ha vansker med forståelsen, lesing og skriving i varierende grad. Patterson og Chapey (2008) legger vekt på at afasi er en multimodal språkvanske som kan ramme alle kanaler for språk og kommunikasjon, men i ulik grad. Kagan (1998) har en psykososial innfallsvinkel som legger vekt på hvilke konsekvenser språkvansken har for kommunikasjonen: «an acquired neurogenic language disorder that may mask competence normally revealed in conversation» (Kagan 1998:818). Afasi fører til språkvansker som dekker over den afasirammedes generelle kompetanse og livserfaring. Personen med afasi kan oppleves som om han ikke forstår fordi han har vansker med å uttrykke seg.

Reinvang (1994) vektlegger at afasi er en sammensatt, vedvarende språkvanske som kan føre til avvik i flere språkmodaliteter, produksjon og forståelse av tale og skrift. Språkvanskene kan vise seg i ulik grad innen de ulike språkmodalitetene. Målet med kartlegging er å få en nærmere oversikt over ressurser og svikt i syntaktiske,

pragmatiske, morfologiske, semantiske, fonologiske og ortografiske ferdigheter (Coltheart, 2004). Hos de fleste er skaden i venstre hjernehalvdel, der som regel språkområdene ligger. En nevropsykologisk innfallsvinkel legger vekt på at vanskene varierer etter hvor i språkområdene skaden er, og hvor omfattende skaden er. Skaden kan lokaliseres til et bestemt sted i hjernen. Hvis en person får en skade i bakre venstre hemisfære vil han mest sannsynlig få en afasitype som har et flytende talepreg, ofte med store forståelsesvansker, Wernickes afasi. Får en person skade i Brocas område i fremre del av språkområdene vil personen få vansker med å utrykke språk, Brocas afasi (Finset og Krogstad, 2006 og Hallowell & Chapey, 2008). Afasi innebærer vansker med språkprosessering, men det skyldes ikke motorisk eller sensorisk svekkelse (Hallowell & Chapey, 2008), det er en nevrologisk ervervet skade, det skyldes skade i deler av hjernen som har med språkprosessering å gjøre.

En vanlig måte å dele inn afasi på er den inndelingen som blir brukt i Norsk grunntest for afasi (NGA) (Reinvang og Engevik, 1980). Her legges det vekt på den relative språkskaden innenfor ulike språkmodaliteter som auditiv forståelse, taleproduksjon (gjentakelse og benevning), lesing og skriving, samt talepreg. Reinvang og Engevik (1980) deler ulike afasityper inn etter talepreg, forståelse og evne til gjentakelse (Reinvang, 1994). Hallowell og Chapey (2008), deler afasi inn i flytende, ikke-flytende og andre afasityper. Generelt kan en si at personer med flytende talepreg har en spontantale uten lange pauser med mange meningsløse fraser (ibid). Personer med ikke flytende talepreg har redusert spontantale, med nøling, anstrengelser og pauser (ibid). Et fellestrekk ved alle former for afasi er ordletingsvansker, anomi (Bjerkan, 2000).

Hallowell og Chapey (2008), presiserer at en må beskrive språket til den enkelte personen som har afasi. Reinvang og Engevik (1980) beskriver det generelle ved de vanligste afasitypene. Anomisk afasi er en afasitype med et flytende talepreg, god forståelse og god evne til gjentakelse. Brocas afasi er karakterisert av et ikke-flytende talepreg og forståelse som er bedre enn talen (Reinvang, 1994). Det er stor variasjon innenfor de ulike trekkene ved Brocas afasi (Lind m.fl., 2000). Konduksjonsafasi er en afasitype med flytende talepreg, personen med denne typen afasi retter ofte på seg selv, og har vansker med gjentakelse av ord og benevning (ibid). Wernickes afasi er en afasitype med flytende talepreg men med vansker innen gjentakelse, benevning og

høytlesning. Den auditive forståelsen er nedsatt (ibid). Global afasi er en alvorlig afasitype med store språkvansker. Lite spontantale, mest ja og nei og stereotypier. Som en kort oppsummering kan en si at det er ulike grader av utfall ved de forskjellige afasitypene.

Kommunikasjon er viktig og den som får afasi, en språkvanske som går utover kommunikasjonen har behov for hjelp, men det kan være vanskelig å få logopedisk hjelp. Personer med afasi har behov for pedagogisk tilrettelagt undervisning med hovedvekt på språktrening som gjør at en fungerer best mulig i daglige situasjoner. I denne oppgaven ønsker jeg å finne ut mer om hvordan tilbudet om afasirehabilitering er i kommunene i Troms og Finnmark.

2.2 AFASIREHABILITERING.

Rehabilitering handler om å gjenoppbygge eller å sette i funksjonsdyktig stand (Lind og Haaland-Johansen, 2010). Reinvang (1994) har en definisjon på afasibehandling som jeg bruker for å si hva afasirehabilitering er: «alle tiltak som tar sikte på å bedre pasientens øyeblikkelige eller langsiktige muligheter for å fungere i en situasjon som stiller krav til språklig oppfattelse eller produksjon» (Reinvang 1994:99).

Afasirehabilitering defineres i Oraviita (2008), som opplæring gitt av logopeder til afasirammede der formålet er rehabilitering av språk-, tale- og kommunikasjonsferdigheter. Afasirehabilitering bygger på antakelser eller hypoteser om at ulike språklige oppgaver og aktiviteter kan påvirke språkproduksjonen.

Det er ulike innfallsvinkler til afasirehabilitering. Webster & Howard (2005) beskriver den nevropsykologisk tradisjonen som mer opptatt av likheter og forskjeller mellom grupper av afasirammede enn av hvordan utfallet blir hos enkeltpersoner. Innenfor nevropsykologisk tradisjon til afasirehabilitering er en kognitiv retning som har mer fokus på enkeltindivid enn grupper og på modeller for normal språklig prosessering enn på hvor i hjernen skaden er (ibid).

Den tredje innfallsvinkelen jeg vil beskrive er den psykososiale tradisjonen som tar utgangspunkt i at afasi gir endringer i livssituasjonen. Ut fra denne synsvinkelen handler det om å arbeide for å tilpasse seg et liv med afasi. Logopeden og personen

som har afasi ser på hvordan afasien påvirker den afasirammede og de nærmeste pårørende og finner strategier for å få en bedret kommunikasjonen (Simmons-Mackie, 2008). Afasirehabilitering kan gjelde både personen som har afasi direkte tiltak, og familie og nettverket rundt personen som har fått afasi, indirekte tiltak.

Selv om det er ulike tilnærminger til afasirehabilitering er det også likheter mellom dem. Dette viser sitatet fra Whitwort m.fl. 2005:264 « [...] the aim of all therapies with people with aphasia is to improve their functioning in the real, social world, to enable them to cope with barriers to participation and fulfillment”.

Ulike tilnæringsmåter i rehabiliteringen av afasi er reaktivering, reorganisering og kompensering (Qvenild m.fl., 2010). Personen som har afasi må lære å takle det å leve med språkvansker. De krever bruk av språket som er bevart og å lære på nytt noe av det som er skadet eller lære å kompensere for vanskene (Corneliussen, 2005). Ved reaktivering tenker en at de språklige ferdigheter er bevart men at tilgangen er blokkert. En antar at stimulering kan gjøre at funksjoner som er skadet kan repareres og reaktiveres. (Simmons-Mackie, 2008). Ved reorganisering må andre områder i hjernen overta. En tenker seg at høyre hjernehalvdel tar over for funksjoner som tidligere var knyttet til venstre hjernehalvdel. Ved kompensering lærer personen med afasi, andre måter å kommunisere på som støtter eller erstatter en skadet språkfunksjon (Corneliussen, 2005). Logopedens oppgave er å hjelpe personen med afasi til å vende seg til at kommunikasjonsferdighetene er blitt endret, og personene rundt den afasirammede må få hjelp til å endre sin kommunikasjon: sette ned taletempoet, tydelig turtaking, bruke hjelpemidler som: bilder, blokk og blyant eller ordbok, og kanskje datamaskin eller nettbrett. En må prøve å bruke hjelpemidler som personen med afasi synes han har nytte av. En må bruke språket i daglige situasjoner, noe som er viktig i behandlingen, og bruke daglige ord og uttrykk i treningssituasjoner. Logopeden må også ta med at den afasirammedes egen innsikt og motivasjon kan påvirke rehabiliteringen (ibid). En bør planlegge den språklige rehabiliteringen utfra hvilke språklige ressurser som personen med afasi har bevart og hvilke som er skadet, og utfra personens interesser. Personen med afasi må være aktivt med i rehabiliteringen, og gjenta og kopiere ord og setninger. En viktig del av den språklige rehabiliteringen er dokumentasjon (Lind og Haaland-Johansen, 2010 og Corneliussen,

2005). Kartlegging og rehabilitering hører sammen og for å kunne dokumentere eventuell framgang må kartlegging være systematisk.

Det er viktig å komme i gang med språklig rehabilitering raskt, helst første uke etter at skaden oppstod, i akutfasen (Helsedirektoratet, 2010). Personer med afasi har behov for individuelt tilpasset hjelp og rehabilitering (Stette, 2013). Erfaring fra praksisfeltet, evidensbasert forskning, viser at personer med afasi kan ha utbytte av rehabilitering flere år etter hjerneslaget eller skaden inntraff, kronisk fase (Lind m.fl. 2010). Dette viser at afasirehabilitering kan ha effekt lenge etter at spontan bedring har avtatt, dette er en grunn til at afasirehabilitering bør vare over tid. Personer med afasi bør få tilbud om rehabilitering også utover 6 måneder med begrunnelse i at det kan fortsatt skje utvikling. Det skal være mulighet for ulike typer afasirehabilitering, både individuell og i gruppe, rehabiliteringen skal være tverrfaglig og tilgjengelig i alle faser av sykdomsforløpet (Helsedirektoratet, 2010).

Spontan bedring som skjer naturlig uten spesiell behandling, kan skyldes fysiske forandringer i hjernen som redusert hevelse og bedre blodsirkulasjon (Cherney & Robey, 2008). Det ser ikke ut som dette har så mye å si for den langsiktige rehabiliteringen, Bach-Y-Rita (1990), (referert i Cherney & Robey, 2008). Spontan bedring, bedring som skjer 2-3 måneder etter skade, flater ut etter 3-4 måneder (Basso, 2003). Det er lite spontan bedring etter 6 måneder, men det kan skje. Det kan være vanskelig å si om utviklingen skyldes spontan bedring eller stimulering / rehabilitering.

Mange gjentakelser synes å være viktig for varige endringer (Kirmess, 2007), og bør legges vekt på i afasirehabilitering. Om språktrening skjer i grupper eller i enetimer, er teorien bak logopedisk rehabilitering at den afasirammede gjennom trening skal få tilbake mange av språkfunksjonene som er svekket (Simmons-Mackie, 2008). Stadige påminnelser for å drille inn sentrale kunnskaper og ferdigheter, intensitet og antall timer spiller inn. Det må heller ikke være for lang tid i mellom hver treningsøkt for at det en lærer skal «sitte» se plastisitet. Dette er en begrunnelse for at personer med afasi bør ha et tilbud om språktrening flere ganger per uke. Intensiv behandling er det ulike definisjoner på, hvor mange økter per uke, og over hvor mange uker skal rehabiliteringen vare? Under punktet om plastisitet, intensitet og varighet viser jeg til

studier om afasirehabilitering og effekt. Et eksempel på en tilnæringsmåte der intensiv språktrening blir brukt er Constraint Induced Language Therapy (CILT), Constraint induced språktterapi (CIST) norsk versjon, som har fokus på økt taleproduksjon (Pulvermüller m.fl. 2001). Constraint induced språktterapi: bygger på antakelsen om at det kan skje en forandring i en funksjon ved at en begrenser eller hemmer en annen funksjon (Kirmess, 2007) og (Becker, 2009). Constraint induced språktterapi er en videreføring fra Constraint Induced Movement Therapy som har blitt brukt til motorisk rehabilitering av personer som har hatt hjerneslag. Constraint induced språktterapi beholdt de grunnleggende ideene om høy-intensiv trening over en kort tidsperiode og at en måtte bruke talespråket formet gjennom shaping, Pulvermüller m.fl. (2001). Stern & Saunders (2006) fremhever at individuell tilpasning gjennom shaping spiller en stor rolle, (referert i Kirmess, 2007). Shaping betyr her å finne et nivå som personen med afasi kan mestre, men som også inneholder utfordringer (Kirmess, 2007). Visuelle hindringer mellom samtalepartene brukes for å hindre at en bruker en annen form for kommunikasjon, enn talespråket. Blikkontakt kan brukes for å få en viss form for naturlig samtale og samspill (ibid). Pulvermüller et al (2001) behandlingsform gikk over 10 dager sammenhengende trening med 3 til 4 timer Constraint induced språktterapi daglig, (referert i Kirmess, 2007). Treningsord og ytringer skal være meningsfylte og beskrive virkelige situasjoner for å ha best effekt. Materiell som blir brukt er kort med bilder av ulike kategorier. Det lingvistiske, språklige aspektet blir ivaretatt ved å bruke lav- og høyfrekvente ord, semantiske og fonologisk lignende ord (Kirmess, 2007). Trenings situasjonen skal være relevant for mestring av dagliglivet. Samtaler i små grupper representerer i større grad naturlige situasjoner enn det enetimer med logoped gjør, og styrker overføringsverdien til dagliglivet (ibid). Logopedens oppgave er å støtte deltakerne og fremme taleproduksjonen.

Gruppetilnærming, samtalegrupper for å trene på bruk av språket i sosiale sammenhenger er viktig for kommunikasjonen. Eksempler på tilnæringsmåter som brukes for å trene opp kommunikasjonsevnen er: kommunikasjonsbasert og narrativ tilnærming, i kommunikasjonsbasert tilnærming bruker en oppgaver der målet er å formidle noe de(n) andre ikke vet. Her kan en bruke kort / bilder som trekkes uten å vise det til de(n) andre. PACE- Promoting Aphasics Communicative Effectiveness er en

metode der en bruker dette. PACE er en teknikk som ble utviklet i USA (Wilcox & Davies) og i England (Edelmann) på 1980-tallet, som brukes for å trene generell kommunikasjonssevne, (referert i Andreassen m.fl., 2004). Når en bruker PACE er alle former for kommunikasjon tillat å bruke, en kan tegne, skrive, mime, peke eller si lyder eller ord. Narrativ tilnærming handler om å hjelpe personen som har afasi til å bruke sin språkferdighet til å fortelle. Begge disse tilnærmingene kan brukes både i afasirehabilitering individuelt og i gruppe. Afasigrupper kan brukes til å trene på og forsterke det en har oppnådd i enetimen. Personer som har afasi får direkte språktrening i å forme spørsmål, lage setninger, redusere ordleting og trening gjennom lesing og skriving (Kearns & Elman, 2008). I afasigrupper fremmes naturlig kommunikasjon og bidrar til samspill blant gruppemedlemmene, dette gjør det lettere å overføre det som er lært i afasigruppen til andre personer en møter i det daglige (Elman, 2007).

2.3 HJERNENS PLASTISITET, INTENSITET OG VARIGHET AV AFASIREHABILITERING

Forhold som har med hjernens plastisitet er av interesse for afasirehabilitering, Bach-Y-Rita (1990), (referert i Cherney & Robey, 2008). Forskning på hjerneaktivitet har fått nye metoder de siste 25 årene og en har funnet ut mer om hjernens utvikling og plastisitet, hvordan hjernen kan endre funksjon og oppbygging av strukturer (Becker, 2009). Plastisitet kan defineres som hjernens evne til å endre struktur og funksjon Pascual-Leone m.fl., 2005 (referert i Becker, 2009). En har sett at det skjer forandringer i hjernen hele tiden ikke bare etter skader. Forskning om språkbearbeidelse indikerer at store deler av hjernen er med i språkprosessering ikke bare områdene Brocas og Wernicke, der en har sett skader etter hjerneslag. Studier har sett på endringer i språkbearbeidelse hos personer med afasi. Bilder viser tydelig at det er økt aktivitet i områdene rundt skaden i den dominante (venstre) hjernehalvdelen og økt aktivitet i områder i høyre hjernehalvdel som svarer til plasseringen av de områdene en finner språkfunksjonene i venstre hjernehalvdel. Når en person med afasi får språkforståelsen tilbake antar en at det skjer forandringer i flere kognitive prosesser (Becker, 2009). Ulike plastiske mekanismer og ulike områder av hjernen er antagelig involvert. Mekanismene i hjernen som bidrar til forandringene er avhengige av det ytre

miljøet og personlige egenskaper (ibid). Plastiske endringer skjer ved hjelp av trening og repetisjon (Becker, 2009). Pascual-Leone m.fl. (1995) utførte en studie hvor friske testpersoner lærte seg å spille et enkelt stykke på piano (beskrevet i Becker, 2009). Studien viste at trening førte til økt hjerneaktivitet rett etter trening og at repetisjoner førte til en fortsatt økning av hjerneaktiviteten. Flere studier viser at intensiteten av opptreningen er en avgjørende faktor for at funksjoner skal gjenvinnes etter skade. En oversiktsstudie av Bhogal, Teasell & Speechley (2003) har sett på hvilke enkeltstudier som har vist til god effekt etter språktrening og hvilke som ikke har hatt den samme effekten. I de studiene der det var påvist god behandlingseffekt var det gitt flere timer behandling over et kortere tidsrom enn i de studiene der språktrening hadde liten effekt. Omtrent ni timer med språkterapi per uke over tre uker, det vil si intensiv trening hadde effekt, mens to timer per uke i elleve uker ikke hadde målbar effekt (ibid). Plastiske endringer i hjernen ser ut til å bli utløst i størst grad gjennom intensiv trening av akkurat den funksjonen som skal gjenvinnes (Becker, 2009). Det bør antagelig ikke gå for lang tid mellom treningsøktene for at plastiske endringer utløst av treningen ikke skal forsvinne før neste treningsøkt (ibid). Det er ikke entydige svar på om det er en bestemt tid etter skaden som er den mest sensitive perioden for å utvikle plastiske endringer. En meta-analyse til Robey (1994) og en evidensbasert systematisk gjennomgang av effektstudier av afasibehandling gjort av Cherney m.fl. (2008) viste en svak tendens til at tidlig behandling er mer effektiv (referert i Becker, 2009). Om det er en kritisk fase der trening ikke lenger hjelper, ser det ut til å være enighet om at det er det ikke. Mange studier viser at intensiv språktrening har effekt f.eks. på benevning også i kronisk fase (Pulvermüller m.fl., 2005). Hjernens evne til reorganisering, plastisitet, er avhengig av flere faktorer som skadens omfang, skadens årsak, rehabilitering, miljøfaktorer og motivasjon (Becker, 2009). Om visse behandlingsformer kan forsterke hjernens reorganisering etter skade er et område forskere har et ansvar for å forske videre på skriver Becker (2009). De faktorene logopedene har mulighet til å påvirke og som synes å ha stor betydning for utbytte av rehabiliteringen er den afasirammedes motivasjon for trening og intensiteten av behandlingen (ibid).

Hva har teori om hjernens plastisitet med organisering av afasirehabilitering å gjøre? Forskning viser at intensiteten av behandlingen virker inn på hvor effektiv behandlingen er og dermed hvordan afasirehabiliteringen bør organiseres. Kapasitet i

kommunene påvirker tilbudet om afasirehabilitering. Hvordan er tilgangen til logoped? Har kommunen ansatt egen logoped eller har de avtale med privatpraktiserende logoped?

Ikke alle studier er utført etter regler for forskning, de kan mangle intern validitet eller ekstern validitet, jeg skriver mer om hva validitet er i metodekapittelet. Basso (2003) viser til Robeys meta-analyse (1994) av studier som er forskningsmessig rett utført og som viser effekt av afasirehabilitering. I studiene fant Robey (1994) at effekten av behandling som begynner i akuttfasen er nesten dobbelt så stor som spontan bedring alene, uten behandling, (referert i Basso, 2003). Robey fant også studier som viste at behandling satt i gang etter akuttfasen oppnår en betydelig mindre men merkbar effekt. Intensitet, antall behandlingstimer per uke virker inn på rehabiliteringsprosessen. Rehabiliteringen må også sees på utfra afasitype og alvorlighetsgrad, men en har sett utvikling etter lang tid også hos personer som er hardt rammet. Studier har vist at lite behandling: under 1,5 timer per uke gir lite utbytte, 2-3 timer per uke gir moderat utbytte, og 5 timer eller mer per uke gir høyt utbytte Robey (1998), (referert i Basso, 2003). Studiene fulgte personer som var i ulike faser av afasien, en så hvordan behandling virket på personer som hadde fått afasi for mindre enn 3 måneder siden, personer som hadde fått afasi for mellom 3 og 12 måneder siden, og personer som hadde hatt afasi i over 12 måneder. Det er så klart var at intensiv behandling hadde mer effekt en mindre intensiv behandling, og personer som fikk behandling de første 3 månedene etter skade hadde større utbytte enn de som begynte med behandling etter 3 måneder. Dette kan ha med spontan bedring å gjøre, men en så større utvikling hos de som fikk behandling enn de som ikke fikk det de 3 første månedene etter skaden oppstod. Generelt kan en si at afasibehandling virker, men en kan ikke trekke bastante slutninger om hva som er den beste rehabiliteringen for den enkelte afasirammede, men en kan se mulige tendenser. Ingen personer er like, en innvending mot casestudier, er at det er vanskelig å generalisere ut fra studier av få personer. Ett spørsmål en bør stille i afasirehabilitering er: for hvilke personer og skader, afasiformer er behandlingen effektiv? Hvilken behandling gir best afasirehabilitering, hvor intensiv må behandlingen være for å få en god afasirehabilitering? Det er fortsatt mange spørsmål om hva som er den mest effektive formen for rehabilitering (Basso, 2003). I Kelly m.fl. (2010) oversiktsstudie vises det til studier som fant at intensiv tale- og

språkterapi hadde større effekt enn tale- og språkterapi som ikke er så intensiv, selv om signifikant, betydelig, flere personer ikke fortsatte med intensiv tale- og språkterapi enn det personer som hadde mindre intensiv behandling gjorde.

Hvorfor er rehabiliteringstilbudet i kommunen viktig? Afasi kan arte seg forskjellig derfor trenger personer med afasi individuell hjelp og rehabiliteringen må være tilpasset den enkelte.

3. METODE

I dette kapitlet gjør jeg rede for prosjektets forskningsdesign og de metodiske valg som jeg har tatt. Jeg har valgt en kvantitativ tilnærming og vil gi en generell vurdering av spørreskjema som undersøkelsesmetode med vekt på spørreskjema som sendes ut via internett. Spørsmålene er utarbeidet med utgangspunkt i masteroppgaven til Irmeli K. Oraviita fra 2008. Oppgaven til Oraviita omfatter hele landet. Min undersøkelse har en litt annen vinkling og har fokus på de to nordligste fylkene. Før jeg gjør rede for metoden jeg har valgt for min oppgave, vil jeg gjøre nærmere rede for samfunnsvitenskapelig forskningsmetode generelt.

3.1 SAMFUNNSVITENSKAPELIG FORSKNINGSMETODE

Forskning begynner med å stille spørsmål eller med en undring, og fortsetter med at en gjør et arbeid for å få svar på eller belyse spørsmålet (Kleven, 2011). De framgangsmåtene eller metodene en bruker for å få svar på eller belyse spørsmålet som en har stilt, kalles forskningsmetode (Kleven, Hjordemaal, & Tveit, 2011).

Vitenskap krever en mer systematisk tilnærming enn hverdagskunnskap. I vitenskapelig arbeid samler en inn og beskriver datamateriale systematisk og prøver å tolke og drøfte data ut fra oppgavens teoretiske grunnlag. Ulike vitenskaper har noe teori og forskningsmetoder som er felles, men en skiller ofte vitenskaper ut fra forskningsfelt, tradisjon og hensikten med undersøkelsen. Naturvitenskapene studerer hovedsakelig fysiske objekter, mens samfunnsvitenskapene studerer menneskenes tanker, relasjoner og handlinger. Det innsamlede materialet er forskningens empiri.

Det er ulike vitenskapsteorier innen, samfunnsvitenskap og naturvitenskap og det får konsekvenser for valg av forskningsmetoder, men en bruker også de samme forskningsmetodene. Kvantitativ metode har vært mest brukt innen naturvitenskap, mens kvalitativ metode har vært mest brukt innen samfunnsvitenskap etter 1960- og 1970-årene. Men skillet er ikke absolutt. Kvantitative metoder blir også brukt innen samfunnsvitenskap. I kvantitativ samfunnsforskning legger en ikke så mye vekt på det vitenskapsteoretiske grunnlaget, men en kan likevel si at den hypotetisk-deduktive modellen, som er inspirert av Popper, kan være et vitenskapsteoretisk grunnlag for all

vitenskapelig forskning (Ringdal, 2013). Popper er kjent for sin kritiske rasjonalisme og ser på vitenskap som leting etter empiriske sannheter, men at en aldri kan finne den hele og fulle sannhet. Det betyr at vitenskapen ikke kan gi sikker kunnskap, men en må nøye seg med foreløpige svar til ny forskning kommer med nye resultater. Poppers prøve- og feile- metode gikk ut på å foreslå teorier som en prøvde å forkaste gjennom empiriske undersøkelser. Teorier som ikke ble forkastet, kunne beholdes men ble regnet som usikre. Alle teorier forblir hypoteser og vitenskapelig kunnskap er usikker ifølge Popper (Ringdal, 2013). Hypoteser er påstander som kan testes direkte eller indirekte ved hjelp av observasjoner av virkeligheten (ibid). Vitenskapelige teorier må formuleres slik at de kan forkastes, de må med andre ord være falsifiserbare, (Jacobsen, 2011). Den hypotetisk-deduktive metoden omfatter både induksjon og deduksjon. Først former en hypoteser ut fra antagelser, så testes hypotesene mot observasjon av virkeligheten. Selv om en ikke får noe bevis for lovmessigheter, er ikke induksjon uinteressant i vitenskap, kanskje ser en en uventet sammenheng eller at en kan bygge videre på hypotesen.

3.2 METODE OG DESIGN I MITT PROSJEKT

Min utfordring var å finne ut hvilke tilbud om språklig rehabilitering personer med afasi får i Troms og Finnmark.

Er det ulik praksis i kommunene og eventuelt hvorfor er det det?

Jeg valgte en kvantitativ metode for å belyse problemstillingen. Begrunnelsen er ønsket om å få informasjon fra et representativt utvalg. En kvantitativ metode egner seg når en skal finne ut om hvor ofte noe skjer, om hyppighet eller hvor mye det er av noe, om hvor stort omfang et fenomen eller en adferd har (Jacobsen, 2011). Jeg ville finne ut hvor ofte og hvor lenge personer med afasi får et tilbud om rehabilitering i Troms og Finnmark. Resultatet av undersøkelsen kan måles og presenteres ved hjelp av tall som viser hvor mye/hvor ofte noe skjer

Jeg har brukt survey som metode for innsamlingen av data. Survey er en kvantitativ forskningsmetode der en bruker spørreskjema eller intervju for å samle data om det karakteristiske, om opplevelser, kunnskap eller meninger som et utvalg eller en

populasjon har (Gall, Gall, & Borg, 2007). En kvantitativ metode kan si noe om generelle tendenser i motsetning til en kvalitativ metode som gjør det vanskeligere å generalisere. Ulemper ved en kvantitativ metode er at den ikke går i dybden, en får ikke fram alle variasjoner. I en kvalitativ metode kunne jeg gått mer i dybden og funnet ut mer om innholdet i afasirehabiliteringen og hvordan enkeltpersoner opplever rehabiliteringen. Jeg kunne spurt mer om de teoriene logopedene som gir språklig rehabilitering bygger på. Til min problemstilling som går på organisering av tilbudet om afasirehabilitering passer en kvantitativ metode best selv om den kan bli noe overfladisk.

Jeg har valgt et ekstensivt design der det er mange undersøkelsesenheter, et stort utvalg. Det kan kanskje diskuteres om det er et stort utvalg når det er under 100. Vanlig utvalgsstørrelse i en survey er minst 100 i hver hovedundergruppe og 20-50 i hver mindre undergruppe (Gall, Gall, & Borg, 2007). En generell regel er å bruke et så stort utvalg som mulig, for å få en mest mulig presis beskrivelse av omfanget eller hyppigheten av et fenomen (Jacobsen, 2011). Designet jeg har valgt, går i bredden for få kunnskap om hvordan tilbudet til personer med afasi er i de to nordligste fylkene i Norge.

Masteroppgaven har også et deskriptivt design, den skal beskrive virkeligheten, og si noe om mulige sammenhenger (Jacobsen, 2011, Gall et. al., 2007). Jeg har stilt spørsmål om hvordan tilbudet om afasirehabilitering er organisert i kommunene i Troms og Finnmark. Målet er å få svar fra et stort utvalg, ideelt sett hele populasjonen som er alle kommunene i de to nordligste fylkene. Jeg ønsker å finne ut hva som gjøres av afasirehabilitering og hva som eventuelt bør endres i dagens tilbud om afasirehabilitering.

Min tilnærming er spørreskjema. Spørreskjema kan sendes ut via brev eller elektronisk. Et problem ved spørreundersøkelser er at svarprosenten kan være lav. Ved spørreskjema sendt som brev, kan en regne med en svarprosent på 60-70 %, ofte mindre (Jacobsen, 2011), spørreskjemaer sendt via nettet kan få enda lavere svarprosent, enkelte ganger under 10 %. I følge Jacobsen (2011) kan den lave svarprosenten på nettbaserte skjemaer skyldes at vi får mye e-post bare i løpet av en dag, og noen kan være redde for å åpne e-post fra ukjente avsendere. Andre ulemper

ved å bruke spørreskjema er at en ikke kan vite om spørsmål blir forstått eller om respondenten gir ærlige svar (Hellevik, 2002). En fordel ved bruk av spørreskjema, er at en når ut til mange på kort tid, og den som responderer får god tid til å tenke igjennom spørsmålene før svarene gis. Det at undersøkelsen er anonym eller anonymiseres kan bidra til at svarene som gis er mer ærlige enn om en må oppgi navn. Respondenten blir heller ikke påvirket av signalene en intervjuer bevisst eller ubevisst sender ut (ibid).

Når en formulerer spørsmål må en ta hensyn til hvem respondentene er og eventuelt definere begrep en bruker. En felles forståelse er viktig for undersøkelsens reliabilitet. Spørsmålene bør ikke ha for mange faguttrykk som respondentene ikke er vant til å bruke (Haraldsen, 1999). Hvordan spørsmålene er formulert kan virke inn på resultatene en får. En kan bruke åpne eller lukkede spørsmål, men i en survey skal det være minst mulig åpne svaralternativ (Jacobsen, 2011). For at respondenten skal ha mulighet til å krysse av for et svar på alle spørsmålene, må svaralternativet «vet ikke» være med. Jeg valgte å sende ut en pretest, og fikk kommentarer på at jeg burde ha med svaralternativet «vet ikke» på flere av spørsmålene. En privatpraktiserende logoped eller en kommunalt ansatt logoped i en stor kommune kan kanskje ikke svare på hvor mange logopeder som er ansatt i kommunen, eller hvor mange timer eller ganger per uke det er vanlig å gi tilbud om afasirehabilitering i kommunen.

Jeg har valgt questback som metode for innhenting av data. Questback hadde en grunnleggende ide om å få kunde- og medarbeiderundersøkelser til å fungere på nett. Det ble utviklet et verktøy for administrasjon av digitale tilbakemeldinger først til bedrifter, men som nå også kan brukes av studenter til å samle inn data som skal brukes i oppgaver. Questback har maler for spørreskjemaer og en kan velge hvordan svaralternativer skal settes opp. Questback hjelper en med å sende ut spørreskjemaer, tar seg av purringer og holder kontroll på svar som kommer inn. Den nettbaserte tjenesten behandler data som er samlet inn og lager rapporter og ulike tabeller. En kan selv velge ut variabler en vil bruke i tabellene.

En variabel kan ha ulike verdier og kan deles inn i ulike kategorier. I forskning predikerer, forutsier en hvordan den avhengige variabelen vil variere. En predikerer sannsynlighet. En kan presentere målingene av variablene ved å bruke tabeller og vise sentraltendens, hva som er mest typisk i det datamaterialet en har, og en kan vise

variasjon, spredning. En kan bruke korrelasjonsstatistikk som beskriver forholdet mellom to eller flere variabler, hvordan flere variabler virker sammen (Gall et. al., 2007). Samvariasjon trenger ikke å si noe om årsak – virkning, men viser hvordan noe varierer når noe annet også varierer. I prosjektet mitt har jeg valgt ut noen variabler som er sentrale for å belyse forskningsspørsmålene og hypotesene. En variabel er kommunestørrelsen, en annen variabel er om det er kommunalt ansatt logoped, og en tredje variabel er om det er interkommunalt samarbeid. Disse variablene kan ha noe å si for tilbudet om afasirehabilitering i kommunen. Variablene kan ha ulike målenivå. De kan være på nominalnivå, der det er gjensidig utelukkende grupper som kvinne – mann, ja - nei eller ordinalnivå som rangerer i ordnet rekkefølge som mye, noe, litt, eller ikke (Jacobsen, 2011). På disse to målenivåene er det kategorivariabler. Kontinuerlige variabler kan være på intervallnivå, måling av avstander mellom enhetene og på forholdstallsnivå, måling av forholdstall mellom enhetene (ibid). De variablene jeg har med er på nominalt målenivå. Jeg vil foreta en univariat analyse av mine forskningsspørsmål. I univariat analyse er det to undertyper: enkle fordelinger der spørsmål deles i proporsjon og eller prosent, og en analyse av hva som er det mest typiske svaret og hvor stor variasjon det er i svarene (Jacobsen, 2011).

3.3 UTVALG OG UTSENDELSE AV SPØRRESKJEMA

Min intensjon var å sende spørreskjema til hver enkelt kommune i Troms og Finnmark for å få svar på om det er logoped(er) i kommunen eller en nabokommune, eventuell annen kommune i fylket som gir rehabilitering til afasirammede. Jeg ønsket å få svar fra ledere i kommunene som har det administrative ansvaret for at personer med afasi får rehabilitering, og jeg ønsket å få svar fra logopeder som kan si noe om innholdet i rehabiliteringen som afasirammede får. Mitt mål var å få en oversikt over tilbudet om afasirehabilitering som blir gitt i to fylker, Troms og Finnmark. Utvalget består av kommunale ledere i alle de 24 kommunene i Troms og alle de 19 kommunene i Finnmark, til sammen 43 kommuner. Kommunene i Troms og Finnmark kan deles inn etter kommunestørrelse. I Troms og Finnmark er det 2 kommuner som er definert som store med over 20 000 innbyggere, 7 kommuner som mellomstore med et

innbyggertall mellom 5000 og 19 999 innbyggere, og 34 kommuner er definert som små med under 5000 innbyggere.

Jeg ønsket også å få svar fra både kommunalt ansatte og privatpraktiserende logopeder som arbeider med afasirehabilitering som en del av stillingen sin eller som kun arbeider med afasi. Det finnes ingen oversikt over alle logopeder som har andre stillinger som sykehuslogoped eller som logoped hos Pedagogisk Psykologisk Tjeneste, men noen logopeder viste jeg hadde slike stillinger og de fikk ikke tilsendt spørreskjemaet. Jeg hentet inn e-postadresser fra medlemslisten til Norsk logopedlag, omtrent halvparten hadde e-postadressen sin i informasjonsskrivet til Norsk logopedlag (2012). De logopedene som ikke hadde e-postadressen oppført i informasjonsskrivet, ringte eller sendte jeg melding til. Logopeder som ikke arbeidet med afasi svarte ganske raskt og ble ikke med i utvalget. Det var vanskelig å få oversikt over alle logopeder som arbeider med afasi i Troms og Finnmark. Jeg har trukket fra logopeder som har svart at de ikke arbeider med afasi (18), og logopeder jeg ikke har e-postadressen til (10). Utvalget består derfor av 27 logopeder som er medlemmer av Troms- og Finnmark logopedlag. Etter to uker uten å ha fått flere svar på spørreskjemaer som jeg hadde sendt direkte til logopedenes private eller kommunale e-postadresse ringte jeg til logopedene som ikke hadde svart. De jeg ikke fikk snakket med sendte jeg melding til og spurte om å få rett e-postadresse eller få svar på om de arbeider med afasi, i tillegg sendte jeg spørreskjemaer til logopeder via postmottak i kommunene. Det er usikkerhet rundt 12 av logopedene som ikke har svart på telefon eller på spørreskjema.

Spørreskjema til 43 ledere ble sendt via kommunenes postmottak. Etter at det var sendt to purringer til ledere i kommunene og det fortsatt var kommet inn få svar, ringte jeg til de kommunene som ikke hadde svart og spurte om spørreskjemaet var sendt videre til lederen som hadde ansvar for afasirehabilitering. I 8 kommuner fikk jeg e-postadresse til aktuell leder og sendte spørreskjemaet direkte til lederen, og i 5 kommuner fikk jeg opplyst at de hadde sendt spørreskjemaet videre

3.4 ETISKE OVERVEIELSER

Jeg sendte en forespørsel til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD) om prosjektet mitt var meldepliktig. Svaret fra NSD bekreftet at prosjektet var meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Når en skal behandle personopplysninger ved hjelp av datamaskin gjelder meldeplikten selv om rapporteringen fra prosjektet er anonymisert. Jeg søkte og fikk godkjenning fra NSD. Informasjon om dette ble tatt med i informasjonsskrivet til informantene.

Alle data skal behandles på en etisk forsvarlig måte. Når en skal hente inn opplysninger der enkeltpersoner kan bli gjenkjent skal anonymiseringen i databehandlingen ivaretas. En må tenke igjennom hvordan de opplysningene en henter inn behandles. Personer må ha mulighet til ikke å svare på spørreskjemaer, og når oppgaven skal skrives, må en tenke igjennom hvordan opplysninger kan anonymiseres (Everett og Furseth, 2012). Personlige opplysninger må ikke brukes i andre prosjekt uten tillatelse. Det finnes forskningsetiske retningslinjer som er utarbeidet for å hjelpe forskere å reflektere over egne etiske oppfatninger og holdninger. Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH), har som en del av sitt mandat å utarbeide forskningsetiske retningslinjer. Forskningsetikk går blant annet på krav til redelighet, upartiskhet og åpenhet om egne feil (NESH, 2006).

3.5 VALIDITET OG RELIABILITET

To viktige begrep i kvantitativ forskning er validitet og reliabilitet.

Validitet betyr gyldighet og relevans og sier noe om en måler det en ønsker å måle, og at det en måler hos noen kan gjelde flere. Begrepet gyldighet kan deles i begrepsgyldighet, intern gyldighet og ekstern gyldighet (Jacobsen, 2011).

Begrepsgyldighet handler om en faktisk måler det en tror en måler. Det betyr at når en bruker spørreskjema, må spørsmålene være utformet slik at de kan være med å belyse problemstillingen. Intern gyldighet sier noe om en har dekning i dataene, empirien (virkeligheten) for konklusjoner som trekkes. Ekstern gyldighet handler om resultatene en får på et begrenset område kan generaliseres til andre områder (Gall et. al., 2007).

Reliabilitet som betyr pålitelighet og troverdighet sier noe om at metoden er til å stole på. Undersøkelsen må være gjennomført på en troverdig måte (Jacobsen, 2011)

Reliabilitet handler om at flere målinger med samme måleinstrument gir samme resultat (Ringdal, 2013). En ønsker at resultatene skal være riktige, skal vise ett riktig bilde av en situasjon eller et fenomen, og i denne oppgaven skal resultatene si noe om det språklige rehabiliteringstilbudet personer med afasi får i Troms og Finnmark.

3.6 UTFORMING AV SPØRRESKJEMA

Jeg valgte å bruke to forskjellige spørreskjemaer, et til logopeder og et til ledere som har ansvar for organisering av afasirehabiliteringen i kommunen. Oraviita brukte samme tilnærming i sin undersøkelse (2008). Jeg utformet spørsmål som kunne gi svar på hvordan tilbudet om språklig rehabilitering til personer med afasi er organisert. I utformingen av spørsmålene la jeg vekt på sider ved afasirehabiliteringen som er beskrevet i nasjonale retningslinjer og i litteratur om afasi og afasirehabilitering. Teorigrunnlaget for valg av spørsmål er gjort rede for i kapittel 2.

Etter å ha jobbet med utforming av spørsmålene ble de sendt som pretest til 3 logopedstudenter og til veileder. Tilbakemeldingene jeg fikk førte til at svaralternativene til flere av spørsmålene ble endret før spørreskjemaene ble sendt ut via questback.

Spørreskjemaene har noen få åpne spørsmål, men de fleste er lukkede spørsmål med 2-8 svaralternativer. Spørsmålene kan deles inn i kategorier eller temaer som dekker ulike sider ved tilbudet om afasirehabilitering: a) kommunale eller private løsninger, b) yrkesgrupper og etat som organiserer tilbudet, c) logopeddekning i kommunene og d) innhold og varighet. De to spørreskjemaene har noen felles spørsmål, men spørsmål om innhold og varighet ble kun stilt til logopeder. Det første spørsmålet om kommunens navn, har jeg tatt med for å kunne se hvilke kommuner som svarer og for å kunne sammenligne kommuner som har omtrent like stort innbyggertall.

a) Kommunale eller private løsninger: Spørsmål 2 til logopeder blir stilt for å få en oversikt over hvor mange kommunale- og privatpraktiserende logopeder som arbeider med afasirehabilitering, og hvor store stillinger de har. Spesielt ønsket jeg å få oversikt over hvor mange kommunalt ansatte logopeder det er som arbeider med afasirehabilitering. Spørsmålene 3 - 9 til ledere i kommunene og 3 - 8 til logopeder er

felles. Disse spørsmålene valgte jeg å ha med for å få fram hvem som gir afasirehabilitering i kommunene, om det er kommunalt ansatte logopeder, privatpraktiserende logopeder eller om det er et interkommunalt samarbeid om afasirehabiliteringen.

b) Yrkesgrupper og etat som organiserer tilbudet: Til ledere i kommunene stilte jeg spørsmål om det er andre yrkesgrupper enn logopeder som gir afasirehabilitering, spørsmål 10 og 11. Svarene på det, kan gi informasjon om andre enn logopeder har ansvar for språklig rehabilitering i kommunene, og eventuelt om de får veiledning fra logoped. Jeg valgte å rette dette spørsmålet til leder i kommunene fordi jeg antar at de har oversikt over hvem som underviser og hvilken yrkesgruppe de tilhører.

Til ledere i kommunene tok jeg også med spørsmålet om hvilken stilling de har, men her blir det stilt som et helt åpent spørsmål. Stillingsbetegnelsen kan si noe om hvordan afasirehabiliteringen er organisert, om hvilken etat den er organisert under. Jeg valgte å stille spørsmålet om hvilken etat de logopediske tjenestene til / for afasirammede er organisert under til både ledere i kommunene og til logopeder.

c) Logopeddekning i kommunene: Spørsmål 11 og 12 til logopeder og spørsmål 13 til ledere i kommunene handler om ventetid på afasirehabilitering og hvor raskt etter utskrivelsen fra sykehuset personer med afasi får tilbud om afasirehabilitering i kommunen. Disse spørsmålene har jeg tatt med for å få svar på om afasirehabiliteringen fortsetter rett etter at personen med afasi kommer ut fra sykehuset, og om tilbudet gis i hjemkommunen. Svar på disse spørsmålene sier noe om det er nok logopeder i kommunen, og om kommunen gir tilbud om afasirehabilitering etter de anbefalinger helsemyndighetene gir. Til logopeder har jeg stilt ett spørsmål om hvem som henviser afasirammede til rehabilitering. Jeg ser nå i ettertid at jeg skulle tatt med et spørsmål om hvem som gir sakkyndig vurdering og om henvisning fra sykehus «blir regnet som» sakkyndig vurdering. Den sakkyndige vurderingen har betydning for når en kan starte afasirehabiliteringen i kommunen. Spørsmål 14 til ledere i kommunen og spørsmål 13 og 14 til logopeder handler om behovet for afasirehabilitering blir dekket i kommunene og om det er behov for logoped som kan arbeide spesielt med afasirehabilitering. Svaret på disse spørsmålene viser også noe om behovet for flere logopeder. Er det mangel på logopeder eller logopedstillinger

som gjør at tilbudet om afasirehabilitering varierer fra kommune til kommune? De siste spørsmålene til ledere i kommunene spørsmål 15 – 17 handler om opprettelse av flere logopedstillinger i kommunene, noe som kan ha eller har betydning for afasirehabiliteringen framover.

d) Innhold og varighet: De siste spørsmålene som stilles til logopedene er spørsmål 15-19. Spørsmålene går direkte på språklig rehabilitering, hvor ofte og hvor lenge afasirammede får et tilbud om rehabilitering i kommunen. Spørsmålene er viktige fordi de sier noe om innholdet i tilbudet, om intensitet - timer per uke, om det gis intensiv språktrening i kortere perioder og om det brukes afasirehabilitering i gruppe.

Det aller siste spørsmålet i begge spørreskjemaene er et åpent spørsmål der respondenten selv kan velge hva han / hun vil skrive. Spørsmål 18 til ledere i kommunene og spørsmål 20 til logopeder: «Har du kommentarer til tilbudet om afasirehabilitering i kommunen(e)?

I kapittelet der resultatene av spørreundersøkelsen presenteres vil jeg bruke questback sitt «verktøy» til å lage tabeller og sammenligne svar. Koding: svaralternativene får ulike tall for å behandles statistisk (Jacobsen, 2011).

4. RESULTATER

I dette kapitlet presenterer jeg både kvalitative og kvantitative data i form av beskrivelser og diagram (tabeller). Svarene fra ledere i kommunene og svarene fra logopedene legges fram sammen. Svarene på spørsmålene sier noe om hvordan språklig rehabiliteringen til personer med afasi organiseres og om innholdet i tilbudet. Jeg har delt resultatene inn i kategoriene: a) kommunale eller private løsninger, b) yrkesgrupper og etat som organiserer tilbudet, c) logopeddekning i kommunene og d) innhold og varighet.

4.1 KOMMENTAR TIL GJENNOMFØRINGEN AV SPØRREUNDERSØKELSEN

Det har vært en utfordring å finne korrekte e-postadresser særlig til logopedene. Jeg har brukt Norsk logopedlags medlemsliste, men undersøkelsen gjelder kun logopeder som arbeider med afasi. Når 12 logopeder ikke har svart kan det skyldes at de ikke arbeider med afasi, at logopedlagets medlemsliste ikke er oppdatert eller at logopedene ikke har tatt seg tid til å svare. Dette gjør at oversikten over antallet logopeder som arbeider med afasi er usikker, og det kan ha svekket undersøkelsens reliabilitet. Men svarene fra ledere og logopeder kan tilsammen gi et reliabelt, pålitelig bilde, og gi svar på problemstillingen. Mulige målefeil kan gjøre at resultatene har mangler eller kan inneholde feil. Resultatene sier kun noe om de kommunene jeg har fått svar fra og det kan være vanskelig å generalisere, si at det gjelder alle kommunene i Troms og Finnmark. Resultatene kan vise en svak tendens og si noe om hvordan afasirehabiliteringen er i 26 kommuner. Resultatene kan være valide, ha gyldighet for hvordan tilbudet om afasirehabilitering er i andre kommuner som har omtrent like mange innbyggere. I metodekapitlet skrev jeg at forskning viser en del av virkeligheten men ikke den hele og fulle sannhet. I denne undersøkelsen får jeg ikke vist et fullstendig bilde av hvordan tilbudet om afasirehabilitering er i kommunene i Troms og Finnmark.

Jeg ser i ettertid at jeg kunne hatt med flere spørsmål for å belyse tilbudet bedre. Jeg var redd spørreskjemaene ville bli for omfattende og at det ville føre til at færre svarte. Jeg ser også at første purring kunne vært gjort tidligere, det kunne kanskje gjort at

svarprosenten hadde blitt høyere. Det var 10 dager fra utsendelse til første purring. Når det gjelder selve utformingen av spørreskjemaene og rekkefølgen på spørsmålene i de to spørreskjemaene, kunne det vært gjort noen endringer. Spørsmålene i spørreskjemaene kunne vært tydeligere inndelt i kategorier som dekker ulike temaer. Det hadde gjort presentasjonen av resultatene mer oversiktlig og mer systematisk.

4.2 SVARPROSENT

Jeg avsluttet spørreundersøkelsen etter fjerde purring, da hadde det kommet inn svar fra 19 kommuner. 13 kommuner i Troms og 6 kommuner i Finnmark, dette utgjør en svarprosent på 48 %. Tre kommuner hadde valgt å trekke seg. I syv kommuner der jeg ikke fikk svar fra ledere svarte logopeder på spørreskjemaet. Hvis jeg tar med disse blir det 16 kommuner i Troms og 10 kommuner i Finnmark som jeg har fått svar fra, det utgjør 61 % av kommunene i Troms og Finnmark. Av de kommunene der jeg har fått en viss oversikt over tilbudet om afasirehabilitering er de 2 store kommunene (over 20000 innbyggere), de 7 mellomstore kommunene (5000 – 19999 innbyggere) og 16 små kommuner (under 5000 innbyggere).

Fra den ene store kommunen var det 2 logopeder som svarte. I den andre store kommunen var det leder for rehabiliteringstjenesten som svarte og 2 kommunalt ansatte logopeder.

Fra de mellomstore kommunene svarte 4 av 7 ledere (57 %), og jeg fikk svar fra logopeder i alle de mellomstore kommunene.

Fra de små kommunene svarte 14 av 34 ledere (41 %), og det var 2 logopeder som svarte.

Svarprosenten for logopedene er 56 % (15 av 27), disse arbeider med afasi som en del av stillingen sin eller i hel stilling. Av de 18 som svarte på spørreskjemaet til logopeder er det 3 som ikke er logopeder, 1 er sykepleier, 1 er ergoterapeut og 1 hadde kun svart annet. Disse tre arbeider i kommuner der det ikke er ansatt logoped, og de har fått spørreskjema som ble sendt til postmottaket i kommunen. Av de 15 logopedene er 6 stykker kommunalt ansatte logopeder i 100 % stilling i store (3) og mellomstore kommuner (3), 2 stykker er kommunalt ansatte logopeder i 50 % stilling + «annet» i

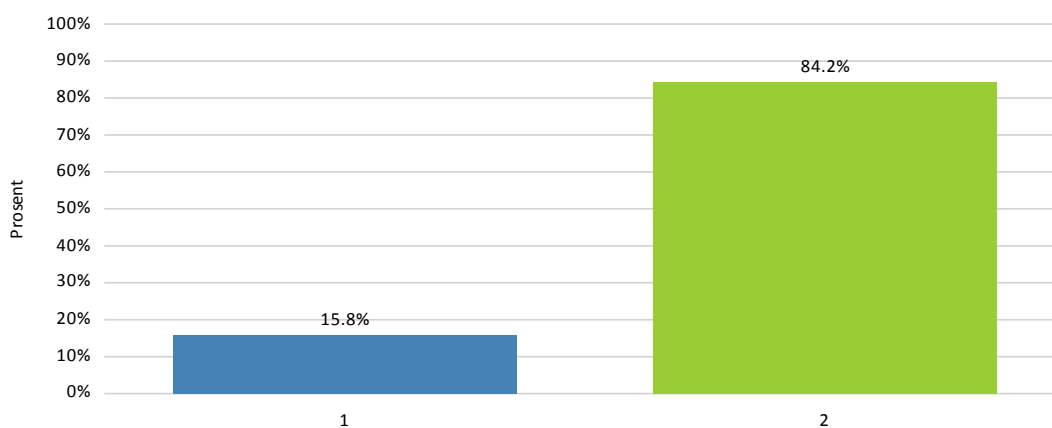
mellomstore kommuner, 3 er privatpraktiserende logopeder i 100 % stilling og 4 er «annet», som ikke er videre utdypet.

4.3 KOMMUNALE ELLER PRIVATE LØSNINGER PÅ AFASIREHABILITERINGEN

Er det kommunalt ansatt logopeder eller er det privatpraktiserende logopeder som gir afasirehabilitering i kommunene i Troms og Finnmark?

Før dette spørsmålet blir besvart viser jeg en oversikt over hvor mange kommunalt ansatte logopeder det er i 26 av kommunene i Troms og Finnmark.

Spørsmål 3 til ledere i kommunene: Er det kommunalt ansatt(e) logoped(er) i kommunen?



| | Navn |
|---|------|
| 1 | Ja |
| 2 | Nei |

Av denne oversikten ser vi at kun 3 kommuner (*15,8 %), av de 19 kommunene der ledere svarte, har kommunalt ansatt logoped. Lederne som svarte ja er fra 1 stor kommune og 2 mellomstore kommuner. Dette gir en antydning om at det er få kommunalt ansatte logopeder i små kommuner. 16 kommuner (*84,2 %) svarte at de ikke har kommunalt ansatt logoped. 14 av lederne som svarte nei er fra små kommuner og 2 er fra mellomstore kommuner. *Videre i presentasjonen av resultatene vil jeg bruke prosenter uten desimaler.

Spørsmål 3 til logopeder: Hvor mange kommunalt ansatte logopeder er det i kommunen?

Av 15 logopeder og 3 «andre» som har svart på spørreskjemaet til logopeder, svarte 5 Stykker (28 %) at det ikke er kommunalt ansatt logoped i kommunen, 7 stykker (39 %) svarte at det er 1 kommunalt ansatt logoped, 1 (6 %) svarte at det er 2 kommunalt ansatte logopeder, 2 (11 %) svarte at det er 3 kommunalt ansatte logopeder, 1 svarte at det er mer enn 3 kommunalt ansatte logopeder, 2 svarte «vet ikke» og 1 svarte «annet». Fra logopedene svarte 4 logopeder som arbeider i store kommuner, 8 logopeder som arbeider i mellomstore kommuner, 1 logoped som arbeider i flere kommuner, både mellomstor og små kommuner og 2 logopeder som arbeider i små kommuner. Svaret fra kommunale ledere og logopeder ser forskjellig ut fordi 14 kommunale ledere er fra små kommuner som ikke har kommunal logoped, mens logopedene arbeider i mellomstore og store kommuner. 2 mellomstore kommuner har ikke kommunal logoped.

Spørsmål 5 til ledere i kommunen, og spørsmål 4 til logopeder: Er det kommunalt ansatt logoped som arbeider hovedsakelig med afasirammede?

Svar fra ledere i kommunene: Det var kun 1 kommune som svarte at de har logoped som hovedsakelig arbeider med afasirehabilitering, og det var en stor kommune.

Svar fra logopeder: 12 (67 %) av kommunene har ikke kommunalt ansatt logoped som arbeider hovedsakelig med afasirehabilitering. 2 (11 %) av kommunen har 1 logoped som arbeider hovedsakelig med afasirehabilitering. (6 % har 3 eller flere logopeder som arbeider hovedsakelig med afasirehabilitering, dette svaret er et feiltrykk, det er

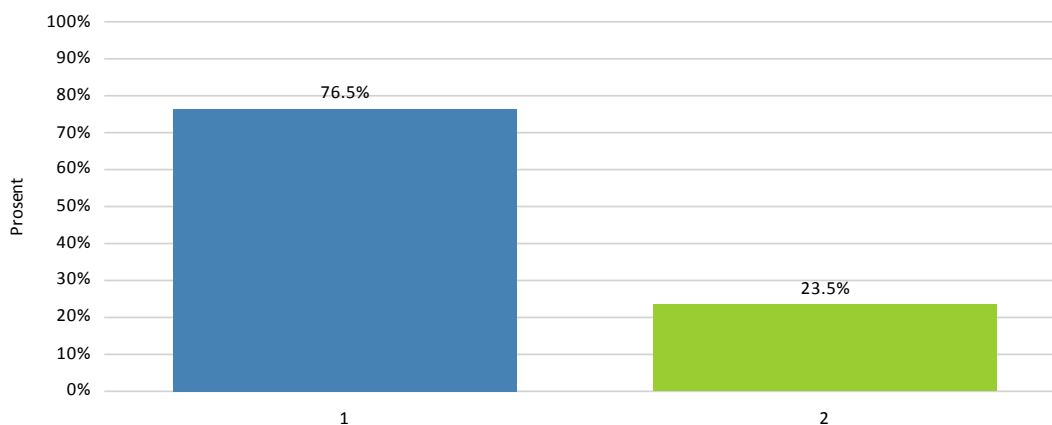
svart 0 logopedar på samme spørreskjema.) 2 (11 %) har svart «vet ikke» eller «annet».

Spørsmål 6 til ledere og spørsmål 5 til logopedar: Kjøper kommunen logopediske tjenester fra en annen kommune ved behov for afasirehabilitering?

Svar fra ledere: 6 (43 %) av lederne svarte at kommunen kjøper logopediske tjenester fra en annen kommune ved behov for afasirehabilitering, og 8 (57 %) ledere svarte «nei» på spørsmålet. De 6 lederne som svarte «ja» er fra små kommuner. De lederne som svarte «nei» er 5 fra små kommuner og 3 fra mellomstore kommuner.

Svar fra logopedar: 4 (22 %) av logopedene svarte «ja», 3 svar kom fra små kommuner, 1 svar kom fra en mellomstor kommune og 1 svar kom fra en stor kommune. 10 (56 %) svarte «nei», 1 svar kom fra små kommuner, 7 svar kom fra mellomstore kommuner og 2 svar kom fra store kommuner. 4 (22 %) svarte «vet ikke», 2 svar kom fra små kommuner, 1 svar kom fra mellomstor kommune og 1 svar kom fra stor kommune.

Spørsmål 7 til ledere i kommunen og spørsmål 6 til logopedar: Bruker kommunen privatpraktiserende logoped for å gi afasirehabilitering?



| | Navn |
|---|------|
| 1 | Ja |
| 2 | Nei |

Svar fra 17 ledere viser: at 13 (77 %) av kommunene bruker privatpraktiserende logoped til å gi afasirehabilitering. 9 ledere i små kommuner og 4 ledere i mellomstore kommuner svarte «ja». 4 ledere i små kommuner svarte «nei».

Svar fra logopeder: 6 (35 %) svarte «ja», 6 (35 %) svarte «nei» og 5 (29 %) svarte «vet ikke». 2 logopeder i små kommuner og 4 logopeder i mellomstore kommuner svarte «ja». 2 logopeder i små kommuner, 3 logopeder i mellomstore kommuner og 1 logoped fra en stor kommune svarte «nei». 2 logopeder i små kommuner, 1 logoped i en mellomstor kommune og 2 logopeder i store kommuner svarte «vet ikke».

Spørsmål 8 til ledere og 7 til logopeder: Er kommunen med i et interkommunalt samarbeid om logopediske tjenester?

Svar fra ledere: 6 (32 %) svarte «ja» og 13 (68 %) svarte «nei». De 6 lederne som svarte at de er med i et interkommunalt samarbeid er fra små kommuner. 8 små kommuner, 4 mellomstore og 1 stor kommune svarte «nei».

Svar fra logopeder: 3 (17 %) svarte «ja», 9 (50 %) svarte «nei» og 6 (33 %) svarte «vet ikke». De 3 logopedene som svarte «ja» er fordelt på alle de tre kategoriene kommuner. 3 små kommuner, 5 mellomstore kommuner og 1 stor kommune svarte «nei». De 6 som svarte «vet ikke» var fordelt med 2 på hver av de tre kommunekategoriene.

Det er oftest 2 eller 3 kommuner som er med i et interkommunalt samarbeid.

Etter å ha fått svar fra store, mellomstore og små kommuner ser jeg at det ikke er mange nok kommunale logopedstillinger til å dekke behovet for afasirehabilitering i kommunene i Troms og Finnmark. Det er ikke så stor forskjell på små og mellomstore kommuner når det gjelder bruk av privatpraktiserende logopeder til å gi afasirehabilitering, også mellomstore kommuner bruker privatpraktiserende logoped for å dekke behovet for afasirehabilitering. I en av de mellomstore kommunene ble afasirammede eller de pårørende, anbefalt å ta kontakt med privatpraktiserende logoped. I små kommuner kan det være avtale med privatpraktiserende logoped eller kommunalt ansatt logoped fra en annen kommune.

I flere kommuner arbeider de kommunalt ansatte logopedene mest med barn og unge og afasirehabiliteringen er det privatpraktiserende logopeder som utfører. Men i andre kommuner er afasirehabiliteringen en del av tilbudet som voksenopplæringen gir. Tilbudet til den enkelte afasirammede er bra i mange av de mellomstore kommunene men kommunene har ikke selv kapasitet til å gi afasirehabilitering.

Det viste seg å være vanskelig å få full oversikt over rehabiliteringstilbudet til personer med afasi i de store kommunene selv om det kom svar både fra leder i kommunen og fra logopeder. Fra den ene av de store kommunene var det en logoped ansatt på sykehuset og en kommunalt ansatt logoped som svarte. Logopeden som var ansatt på sykehuset kunne ikke svare på spørsmålene om organisering av afasitilbudet i kommunen og den kommunalt ansatte logopeden svarte at hun arbeidet ca. 50 % stilling med afasirehabilitering men hun hadde ikke svart på spørsmålet om kommunen bruker privatpraktiserende logoped til afasirehabilitering. I den andre store kommunen fikk afasirammede tilbud om rehabilitering gjennom voksenopplæringen, men jeg vet ikke om dette er det eneste tilbudet eller om det er andre kommunalt ansatte logopeder eller privatpraktiserende logopeder som også gir afasirehabilitering i kommunen.

4.4 YRKESGRUPPER OG ETAT SOM ORGANISERER TILBUDET TIL PERSONER MED AFASI

Er det andre yrkesgrupper enn logopeder som utfører språktrening med personer med afasi, og er det forskjellige etater som organiserer tilbudet?

Spørsmål 10 til ledere: Er det en annen yrkesgruppe enn logopeder, som gir afasirehabilitering i kommunen?

Ledere i 17 av 19 kommuner svarte på spørsmålet. 9 (53 %) av kommunene svarte «nei». 8 (47 %) av kommunene svarte at de bruker andre yrkesgrupper enn logopeder til å gi afasirehabilitering. Afasirehabilitering/språktrening gjøres av lærer, spesialpedagog eller ergoterapeut. I noen kommuner med veiledning fra logoped som arbeider i en annen kommune eller gjennom logoped som har stilling innen Statlig spesialpedagogisk tjeneste (Statped). Det er flest små kommuner der afasirehabiliteringen utføres av andre yrkesgrupper enn logopeder, 6 av kommunene

som svarte «ja» på dette spørsmålet er små kommuner, 1 er mellomstor kommune og 1 er stor kommune.

Svar på spørsmål 2 til ledere om hvilken stilling de har, viste at kommunene organiserer tilbudet om afasirehabilitering forskjellig. Stillingsbetegnelsene viste at det er ledere både innen helse og utdanning som har svart på spørreskjemaene.

Spørsmål 12 til ledere og 9 til logoped: Hvilken etat er de logopediske tjenestene til afasirammede organisert under?

| Navn | Prosent |
|-------------------------|---------|
| Utdanningsetaten | 70,6% |
| Helse- og omsorgsetaten | 29,4% |
| Annet | 11,8% |
| N | 17 |

Svar fra til logoped:

| Navn | Prosent |
|-------------------------|---------|
| Utdanningsetaten | 66,7% |
| Helse- og omsorgsetaten | 22,2% |
| Annet | 16,7% |
| N | 18 |

Svarene viser at de logopediske tjenestene er organisert under utdanningsetaten i 12 (67 – 71 %) av de kommunene jeg har fått informasjon om. I 5 (22 – 29 %) kommuner er de logopediske tjenestene til afasirammede organisert under helse- og omsorgsetaten. Under «annet» var: organisert under både utdanningsetaten og helse- og omsorgsetaten, barne- og familieenheten (herunder PPT) og PPT. I 5 små kommuner er de logopediske tjenestene organisert under både utdanningsetaten og helse- og omsorgsetaten. Utdanningsetaten var svaret fra ledere i 10 små kommuner, 1 mellomstor kommune og 1 stor kommune. Helse- og omsorgsetaten var svaret fra 3 små kommuner og 2 mellomstore kommuner. Logoped i 4 små kommuner, 6 mellomstore kommuner og 2 store kommuner svarte utdanningsetaten. Logoped i 3 små kommuner svarte helse- og omsorgsetaten.

Er det forskjell på tilbudet om afasirehabilitering som er organisert under helse- og omsorgsetaten eller under utdanningsetaten? Jeg har ikke data til å svare grundig på dette, men en liten tendens når det gjelder bruk av privat eller kommunalt ansatt

logoped er det. Kommuner som har organisert logopediske tjenester til afasirammede under helse- og omsorgsetaten bruker privatpraktiserende logopeder i litt større grad enn kommunene som har organisert dette tilbudet under utdanningsetaten.

4.5 LOGOPEDDEKNING I KOMMUNENE

Spørsmål 13 Hvor raskt etter utskrivelse fra sykehus får personer med afasi et tilbud om afasirehabilitering i kommunen?

Svar fra ledere: 5 (31 %) svarte innen 2 måneder, 1 (6 %) svarte innen 4 måneder og 10 (63 %) svarte at det «varierer». 3 små kommuner og 2 mellomstore kommuner svarte innen 2 måneder. 1 mellomstor kommune svarte innen 4 måneder. 9 små kommuner og 1 stor kommune svarte «varierer». Hva som ligger i begrepet «varierer» er ikke definert. Om det «varierer» fra for eksempel 2 måneder til 6 måneder eller 1 måned til 3 måneder har jeg ingen data på. Derfor er det vanskelig å svare eksakt på spørsmålet om hvor raskt etter utskrivelse fra sykehus afasirehabiliteringen i kommunen starter.

Spørsmål 11 Er det ventetid i kommunen på afasirehabilitering?

Svar fra logopeder: 4 (22 %) svarte «ja», 6 (33 %) svarte «nei», 4 (22 %) svarte «varierer» og 5 (28 %) svarte «vet ikke». 18 svarte på spørreskjemaet til logopeder, 1 krysset av på to svaralternativer derfor er det 19 «svar». Fordelingen av de som svarte «ja» er 2 små kommuner, 1 mellomstor kommune og 1 stor kommune. De som svarte «nei» er 3 små kommuner og 3 mellomstore kommuner. De som svarte «varierer» er 1 logoped fra en mellomstor kommune og 3 logopeder fra store kommuner. Her antyder svarene at det i 1/3 (33 %) av kommunene ikke er ventetid på afasirehabilitering. Svarene «ja», «varierer» og «vet ikke» utgjør 2/3 og kan antyde at det er ventetid på afasirehabilitering.

Spørsmål 12 Hvis ja på spørsmål 11, hvor lenge?

Svar fra 6 logopeder: 2 svarte 1-3 måneder, 2 svarte «varierer» og 2 svarte «vet ikke». 1 logoped fra en mellomstor kommune og 1 logoped fra en stor kommune svarte 1-3 måneder. 2 logopeder fra en stor kommune svarte «varierer». 2 fra små kommuner svarte «vet ikke» og 1 svarte «annet» med kommentaren «på venteliste».

Spørsmål 13 til logopeder: Er det behov for (flere) logoped(er) i kommunen?

Svar fra logoped: 11 (61 %) svarte «ja», 1 (6 %) svarte «nei», 5 (28 %) svarte «vet ikke» og 1 (6 %) svarte «annet». De som svarte «ja» var fordelt på 2 små kommuner, 8 mellomstore kommuner og 1 stor kommune. Den som svarte «nei» var fra en av de små kommunene. De som svarte «vet ikke» var fordelt på 3 små kommuner og 2 store kommuner. Disse dataene viser tydelig at det er behov for flere logoped i kommunene. Spesielt i de mellomstore kommunene svarte mange «ja» på at det er behov for flere logoped.

Spørsmål 14 til logoped: Er det behov for logoped som kan arbeide spesielt med afasirehabilitering i kommunen?

Svar fra logoped: 7 (41 %) svarte «ja», 5 (29 %) svarte «nei» og 5 (29 %) svarte «vet ikke». Det var 3 små kommuner, 3 mellomstore og 1 stor kommune som svarte «ja». 2 små små, 2 mellomstore og 1 stor kommune svarte «nei». 1 av de små kommunene, 3 mellomstore og 1 stor kommune svarte «vet ikke». Av disse dataene ser vi at det er behov for logoped som arbeider spesielt med afasirehabilitering i kommunene. Tallene er ikke like tydelig som i det forrige spørsmål, men de antyder et behov.

11 av 18 logoped svarte at det er behov for flere logoped i kommunen og 7 av 10 logopedene svarte at det er behov for logoped som arbeider spesielt med afasirehabilitering.

Spørsmål 14 til ledere: I hvor stor grad blir behovet for afasirehabilitering dekket i kommunen?

| Navn | Prosent |
|-----------|---------|
| Alltid | 6,3% |
| Som regel | 25,0% |
| Varierer | 68,8% |
| N | 16 |

1 av 16 ledere svarte at behovet for afasirehabilitering alltid blir dekket i kommunen mens 11 svarte at det «varierer». 4 av lederne svarte «som regel».

Spørsmål 15 til ledere: Er det planer om å opprette logopedstilling i kommunen?

| Navn | Prosent |
|------|---------|
| Ja | 17,6% |
| Nei | 82,4% |
| N | 17 |

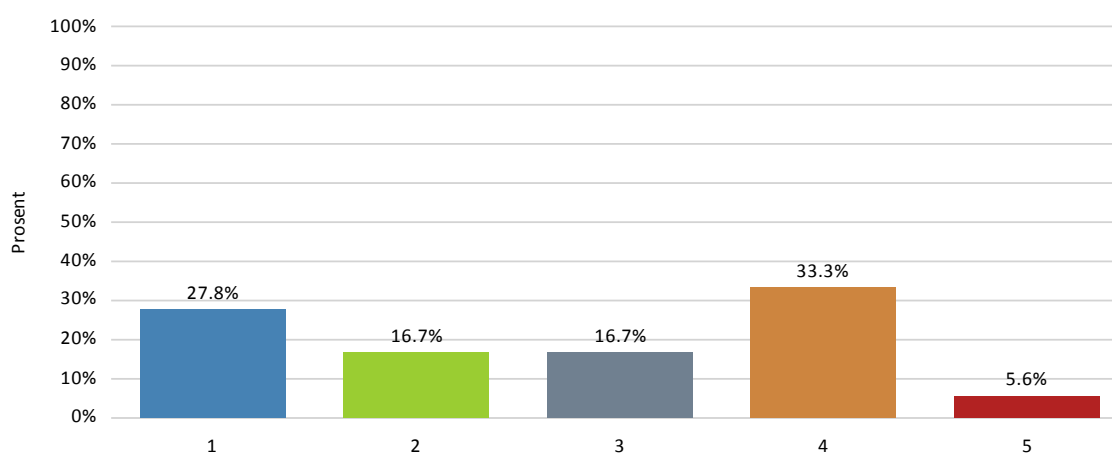
3 av 17 ledere svarte «ja» og 14 svarte «nei». Selv om logopeddekningen er for liten i kommunene er de kun 3 kommuner som har konkrete planer om å opprette logopedstilling.

4.6 INNHOLD OG VARIGHET AV AFASIREHABILITERINGEN

Hvor ofte gis tilbud om språklig rehabilitering og hva er innholdet i tilbudet. Hva blir gitt av tilbud i hjemkommunen? Får personer med afasi kortere opphold med intensiv språktrening i andre kommuner eller får de tilbud om intensiv språktrening i hjemkommunen?

Nå presenteres resultater av spørsmål som kun ble stilt til logoped.

Spørsmål 15 Hvor mange ganger/timer pr uke får de fleste afasirammede i kommunen behandling/undervisning?



| | Navn |
|---|------------------|
| 1 | 1-2 ganger/timer |
| 2 | 3-4 ganger/timer |
| 3 | Varierer |
| 4 | Vet ikke |
| 5 | Annet |

18 svar

Svarene viser at 5 (28 %) av kommunene gir tilbud til afasirammede 1-2 ganger / timer per uke og 3 (17 %) av kommunene gir tilbud om 3-4 ganger / timer per uke. I 3 (17 %) av kommunene varierer tilbudet, 6 (33 %) kommuner har svart at de vet ikke hvordan tilbudet er til afasirammede i kommunen og 1 (6 %) har svart annet. De som gir tilbud 1-2 ganger/timer per uke er 1 kommunal logoped i en stor kommune, 3 kommunale logopeder i tre mellomstore kommuner, 1 privatpraktiserende logoped i en mellomstor kommune og en av de små kommunene gir også språktrening 1-2 ganger/timer per uke, men jeg har jeg ikke fått svar på hvem som gir tilbudet. De som gir tilbud 3-4 ganger/timer per uke er 1 privatpraktiserende logoped i en liten kommune, 1 kommunal logoped som arbeider kun med afasi i en mellomstor kommune og 1 kommunal logoped i en stor kommune. Alle de 3 private logopedene som arbeider både i mellomstore og små kommuner, svarte at de ga tilbud om intensiv behandling i perioder, 1 kommunal logoped i en mellomstor kommune og 1 som har svart «annet» fra en av de s behandling i perioder. Dataene kan antyde at privatpraktiserende logopeder har større kapasitet til å gi tilbud om intensiv behandling oftere enn det kommunalt ansatte logopeder gjør. En av de kommunale logopedene svarte at hun hadde ikke kapasitet til å gi intensiv behandling.

De som har svart at tilbudet varierer er kommunal logoped i stor kommune, privat logoped i mellomstor kommune og ergoterapeut fra en av de små kommunene. De som har svart vet ikke er kommunal logoped i en mellomstor kommune, sykepleier fra en av de små kommunene, logoped som ikke arbeider med afasi i en stor kommune og to som har svart annet fra en mellomstor og en av de små kommunene.

Spørsmål 16 Over hvor lang tid får de fleste afasirammede i kommunen behandling/opplæring?

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at kommunene gir språklig rehabilitering fra 6 måneder til 24 måneder. 1 (6 %) av logopedene svarte at han/hun ga behandling/opplæring i 6-12 måneder. 2 logopeder (12 %) svarte 13-18 måneder og 2 logopeder (12 %) 19-24 måneder. 5 (29 %) av logopedene svarte at det varierer. 6 (35 %) svarte vet ikke. Det er kun 5 logopeder av 15 som har svart på hvor mange måneder de gir behandling/opplæring, og 5 har svart «varierer». 4 logopeder og 2 «annet» svarte «vet ikke» om hvor lang tid de fleste afasirammede i kommunen får

behandling/opplæring. Det gir en antydning om at afasirammede oftere får språklig rehabilitering utover 12 måneder enn under 12 måneder.

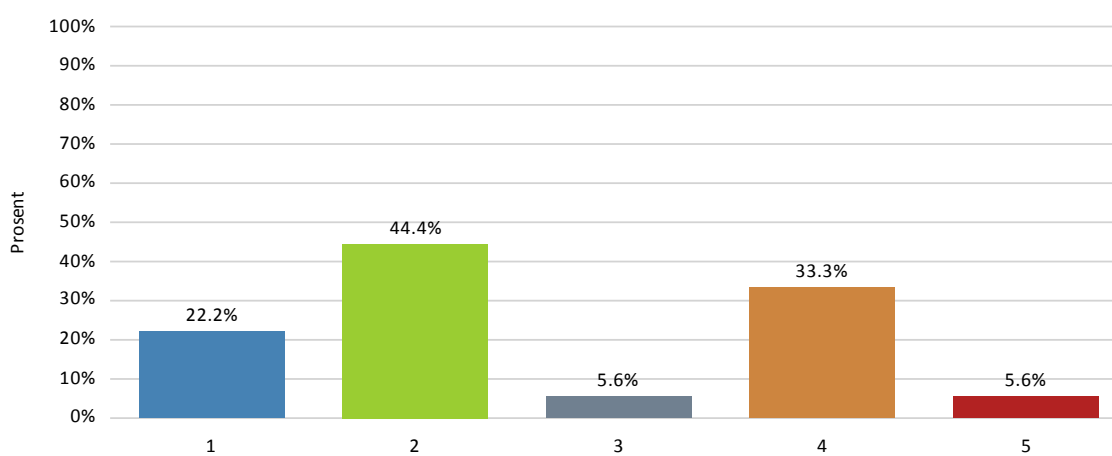
Det er kun noen få logopedar innen hver kategori og fordelingen sier ikke noe spesielt om de små, mellomstore eller store kommunene. Det er heller ikke noen signifikante forskjeller mellom kommunale eller privatpraktiserende logopedar.

Spørsmål 17 Brukes afasirehabilitering i gruppe?

2 kommunale logopedar fra mellomstore kommuner og 2 private logopedar som arbeider i mellomstore kommuner svarte at de bruker afasirehabilitering i gruppe.

1 kommunal logoped i en stor kommune, 1 kommunal logoped som arbeider kun med afasi i en mellomstor kommune, ergoterapeut, sykepleier og 1 «annet» fra små kommuner svarte at de ikke bruker afasirehabilitering i gruppe. 1 privat logoped som arbeider både i små- og mellomstor kommune, 1 kommunal logoped i en mellomstor kommune, 2 kommunale logopedar i stor kommune svarte «varierer».

Spørsmål 18 Gis det tilbud om intensiv behandling (i perioder)?



| | |
|---|----------|
| 1 | Ja |
| 2 | Nei |
| 3 | Varierer |
| 4 | Vet ikke |
| 5 | Annet |

18 svar

Alle de 3 private logopedene som arbeider både i mellomstore og små kommuner svarte at de ga tilbud om intensiv behandling i perioder. 1 kommunal logoped i en mellomstor kommune og en som har svart «annet» fra en av de små kommunene svarte at de ga tilbud om intensiv behandling i perioder. 3 kommunale logopeder i mellom store kommuner, 2 logopeder i små kommuner og ergoterapeut i en av de små kommunene sa at de ikke ga intensiv behandling.

5. DRØFTING

Personer med afasi har rettigheter både etter opplæringsloven og folketrygdloven, og helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Til tross for at rettighetene til afasirammede har vært lovhjemlet i mange år er tilbudet om språklig rehabilitering varierende i kommunene.

5.1 ORGANISERINGEN AV AFASIREHABILITERING

Det første forskningsspørsmålet er om det er kommunalt ansatt logoped eller privatpraktiserende logoped som gir afasirehabilitering? Blant de 26 kommunene jeg har en viss oversikt over er svaret at det er både kommunale og private løsninger på tilbudet om afasirehabilitering. Om dette er representativt for de kommunene som ikke har svart er det vanskelig å si helt sikkert. Kun tre av de kommunene jeg har fått data fra har egen stilling for logoped som arbeider hovedsakelig med afasi. Det er to store kommuner og en mellomstor kommune. Når en ser på hjemmesidene til kommunene står det ikke mye om tilbudet om afasirehabilitering som gis. En kommune i Finnmark har en bra oversikt over hva afasirehabiliteringen de gir går ut på, ellers er det vanskelig å finne ut noe fra hjemmesidene til kommunene.

Det er signifikante forskjeller i tilbud og organisering i forhold til kommunestørrelsen. Det er flere kommunalt ansatte logopeder i store- og mellomstore kommuner i forhold til innbyggertall, enn i små kommuner. Begge de store kommunene og 5 mellomstore kommuner har kommunalt ansatt logoped(er). I undersøkelsen svarte 14 små kommuner at de ikke har kommunalt ansatt logoped. Det gir en antydning om at det er få kommunalt ansatte logopeder i små kommuner. Dette bekrefter hypotesen om at det er flere kommunalt ansatte logopeder i store- og mellomstore kommuner i forhold til innbyggertall, enn i små kommuner.

Svaret fra 17 ledere viser at 13 av kommunene bruker privatpraktiserende logoped til å gi afasirehabilitering. De innsamlede dataene viser en tendens til at flere private logopeder enn kommunalt ansatte logopeder gir afasirehabilitering. Både små og mellomstore kommuner bruker privatpraktiserende logopeder til å gi afasirehabilitering. Fra de store kommunene har jeg ikke fått svar på om de bruker

privat logoped til å gi afasirehabilitering. På grunn av manglende opplysninger kan jeg ikke si at hypotesen om at små kommuner bruker privatpraktiserende logopeder i større grad enn det store- og mellomstore kommuner gjør blir bekreftet i denne undersøkelsen.

Jeg stilte ikke spørsmål om hvorfor kommunen valgte den ene eller den andre løsningen eller en kombinasjon. I et skriv fra Afasiforbundet (2009) står det om manglende kunnskap i kommunene om opplæringsbehov og rettigheter de afasirammede har. Afasiforbundet legger vekt på at manglende forståelse for hvilke tiltak de afasirammede har behov for fører til at det opprettes for få logopedstillinger i kommunene. I media kan det se ut til at kommuner bruker privatpraktiserende logopeder som har avtale med Navs helsetjenesteforvaltning (HELFO) fordi dette er rimeligere for kommunen. Kommunen slipper å ansette en logoped for å gi tilbud om afasirehabilitering. Kommunen viser til privatpraktiserende logoped og den afasirammede får et tilbud om afasirehabilitering. I en avis i en mellomstor kommune i Troms, stod det (mai 2014) at på grunn av kommuneøkonomien ble det ikke opprettet logopedstilling, men kommunen kunne stille kontor til disposisjon til privatpraktiserende logoped. Jeg vet ikke om mange kommuner unnlater å ansette logopeder av økonomiske eller politiske grunner, men det en leser om kommuneøkonomi gjør at en tenker at det spiller inn.

Privatpraktiserende logopeder som får dekket logopedtjenesten via NAVs HELFO, gjør at personer med afasi kan få et tilbud der det ikke er kommunale logopeder som arbeider med afasi. Men dette gjelder ikke alle afasirammede, en kommentar fra en leder i en mellomstor kommune var: » Det fungerer ganske bra, men det er nok noen som ikke får den hjelpa de har krav på». En hypotese jeg ønsket å få bekreftet eller avkreftet er: Afasirammede i kommuner med få innbyggere, må reise langt for å få behandling eller de får ikke den behandlingen de har krav på. Fra 3 kommuner fikk jeg svar som bekreftet denne hypotesen. Det er få svar å underbygge en hypotese på men en kommentar fra en av de små kommunene beskriver situasjonen slik: «Det er få logopeder i regionen og ingen i nærområdet, noe som gjør at det ofte tar altfor lang tid å skaffe rett behandling gjennom eks. Statped eller privatpraktiserende i nabokommuner.»

Det andre forskningsspørsmålet er om det er andre yrkesgrupper enn logoped, som utfører språktrening med personer med afasi? I små kommuner der det er langt til nærmeste logoped kan tilbudet til afasirammede være språktrening gitt av flere yrkesgrupper med eller uten veiledning fra logoped. En kommentar fra en leder i en av de små kommunene sier noe om dette: «Det er behov for kursing av undervisnings- og/eller helsepersonell slik at de kan bistå pasienten med å opprettholde jevnlig trening mellom hver gang logopeden besøker kommunen.» Ut fra et logopedisk perspektiv er det problematisk at andre yrkesgrupper har ansvar for den språklige rehabiliteringen, men for at den afasirammede skal få et tilbud flere ganger per uke og over tid kan det være eneste løsningen i enkelte små kommuner. Logopeden kan veilede andre yrkesgrupper som han gjør med pårørende for å styrke tilbudet i kommunene. Det er viktig å fortsette å arbeide for at de små kommunene får logoped, men hvis en kommune ikke får logoped må en sørge for at de som utfører språktrening får veiledning fra logoped. Dette er en midlertidig løsning mens en arbeider for å få flere logopeder som arbeider i de små kommunene.

Andre måter å organisere afasirehabiliteringen på er å kjøpe logopediske tjenester av en annen kommune ved behov. I dataene fra undersøkelsen er det 6 ledere fra 14 kommuner som svarer at de kjøper logopediske tjenester ved behov. Blant disse er det 5 små kommuner. Det samme spørsmålet ble stilt til logopeder der viser også dataene at det er flest små kommuner som benytter seg av denne måten å organisere afasirehabiliteringen på. Et mer permanent interkommunalt samarbeid om logopediske tjenester er også en mulighet for å gi et tilbud om afasirehabilitering i kommunene. Dataene viser også her et bilde av at det er flest små kommuner som er med i et interkommunalt samarbeid. Alle 6 lederne som svarte at de er med i et interkommunalt samarbeid er fra små kommuner. De 3 logopedene som svarte ja på det samme spørsmålet er fordelt på alle de tre kategoriene kommuner som er med i dataene. Jeg stilte kun spørsmål om hvor mange kommuner som samarbeider, men ikke hvilke kommuner. Derfor kan jeg ikke si om det er flere små kommuner som samarbeider eller om de små kommunene samarbeider med en mellomstor eller en stor kommune. Dataene viser at bare 17 – 32 % av kommunene er med i et interkommunalt samarbeid. Mer interkommunalt samarbeid er en måte en kan dekke behovet for afasirehabilitering på. I små kommuner er det ikke så mange tilfeller av

hjerneslag hvert år, og språklig rehabilitering er ikke et tilbud mange trenger derfor er samarbeid med andre kommuner viktig. Det er ikke behov for 100 % logopedstilling, men to eller flere kommuner kan ha en felles stilling.

De logopediske tjenestene til afasirammede kan være organisert under forskjellige etater. Ut fra de svarene jeg fikk er det vanligst å organisere disse tjenestene under utdanningsetaten. Undersøkelsen viser at de logopediske tjenestene er organisert under utdanningsetaten i 67 – 71 % (12) av de kommunene jeg har fått informasjon om. I 22 – 29 % (5) er de logopediske tjenestene til afasirammede organisert under helse- og omsorgsetaten. I 5 små kommuner er de logopediske tjenestene organisert under både utdanningsetaten og helse- og omsorgsetaten.

5.2 LOGOPEDDEKNING I KOMMUNENE

Hvordan er logopeddekningen i kommunene og hvordan påvirker kapasiteten i kommunene tilbudet om afasirehabilitering? Det at levealderen i Norge er høy og hjerneslag er noe som oftest rammer eldre personer gjør at antallet personer med afasi vil øke. Hjerneslag er også en livsstilsykdom som rammer yngre personer, og livsstilsykdommer er økende. Disse to faktorene gjør at antallet hjerneslag vil øke de neste årene. Dette får konsekvenser for behovet for språklig rehabilitering og det tilbudet kommunene skal gi. Behovet for logopeder vil øke. Etter telefonsamtaler med logopeder og svar på spørreundersøkelsen fra både ledere og logopeder i Troms og Finnmark har jeg erfart at behovet for logopeder er stort også av andre årsaker. Flere av logopedene som er i arbeid i dag nærmer seg pensjonsalderen og det er for få logopeder til å dekke de behovene som finnes i dag. I kommunene opprettes det få logopedstillinger selv om behovet for logopeder er der. 11 av 18 logopeder svarte at det er behov for flere logopeder i kommunen og 7 av 10 logopedene svarte at det er behov for logopeder som arbeider spesielt med afasirehabilitering. 1 av 16 Lederne svarte at behovet for afasirehabilitering alltid blir dekket i kommunen mens 11 svarte at det varierer. Mangel på logopeder fører til et dårligere tilbud. Undersøkelsen min går ikke i dybden og gir derfor ikke svar på hvorfor kommunene organiserer afasirehabiliteringen slik de gjør og hvorfor det for eksempel ikke er logopedstilling(er) i alle kommunene.

Media skriver om at personer med afasi ikke får den hjelpen de har behov for, og at de må vente på at tiltak settes i gang. En artikkel av F. Becker (2014) tar opp om sakkyndig vurdering og enkeltvedtak som må gjøres av Pedagogisk Psykologisk Tjeneste før afasirehabiliteringen i kommunen kan settes i gang. Dette kan være ett hinder for at språklig rehabilitering i kommunen starter med en gang personer med afasi skrives ut fra sykehuset. Det at både utdannings- og helsesektoren har ansvar for logopedtilbud kan føre til uklare ansvarsforhold i følge Bekker (2014). Han har eksempel fra fylkeskommunen der personer med afasi først får språktrening av logoped ansatt ved helseforetaket, og etter det av logoped ansatt i fylkeskommunen, men først etter sakkyndig vurdering fra Pedagogisk Psykologisk Tjeneste. Henvisning fra sykehuslege eller -logoped er ikke tilstrekkelig. Bekker uttaler at det vanskelig å forstå hvorfor det må gjøres en ny vurdering når spesialisthelsetjenesten har anbefalt tverrfaglig rehabilitering inkludert språktrening.

I en kommune i Troms, gikk begge de kommunalt ansatte logopedene av med pensjon i fjor og det er ikke ansatt nye logopeder i disse stillingene. Tre logopeder jeg ringte til i Troms og Finnmark, jobber nå som rektor eller lærer i skolen, de hadde arbeidet som logopeder tidligere. Vi kom ikke inn på hvorfor de ikke arbeider som logopeder nå, men de savnet å arbeide som logoped. Små stillingsstørrelser og store avstander kan være grunner til at de sluttet å arbeide som logoped. Dette er ikke noe jeg spurte direkte om i spørreskjemaene men i det siste spørsmålet spurte jeg om de hadde kommentar til tilbudet om afasirehabilitering i kommunen. Svarene både fra logopeder og ledere i kommunene viser at det er behov for å få styrket afasirehabiliteringen.

Helsemyndighetene anbefaler at afasirehabiliteringen starter så raskt som mulig og gis så lenge personen har nytte av det for å få optimal språkfunksjon (Helsedirektoratet, 2010). 5 av 16 ledere svarte at personer med afasi får et tilbud om afasirehabilitering i kommunen innen 2 måneder og 10 av 16 svarte at det varierer. 2 av 6 logopeder svarte at det er ventetid på 1-3 måneder på afasirehabilitering og 2 av 6 logopeder svarte at ventetiden varierer. Svaret «varierer» forstår jeg slik at den språklige afasirehabiliteringen ikke kommer i gang med det samme de afasirammede kommer til hjemkommunen. Forskning viser at intensitet og når språktreningen starter har noe å si for rehabiliteringen til den afasirammede (Basso, 2003). En meta-analyse til Robey (1994) og en evidensbasert systematisk gjennomgang av effektstudier av

afasibehandling gjort av Cherney m.fl. (2008) viste en svak tendens til at tidlig behandling er mer effektiv enn om behandlingen starter seinere (referert i Becker, 2009). I studiene fant Robey (1994) at effekten av behandling som begynner i akutfasen er nesten dobbelt så stor som spontan bedring alene, uten behandling (referert i Basso, 2003).

Gir spørreundersøkelsen svar på om afasiforskning og retningslinjer for rehabilitering påvirker tilbudet om språklig rehabilitering til personer med afasi i kommunene i Troms og Finnmark? Spørreundersøkelsen viser at logopeddekningen er for liten. Den sier ikke hvorfor det er for få logopedstillinger og/eller for få logopeder til å dekke behovet for afasirehabilitering i kommunene. I flere kommuner med få innbyggere er det langt til nærmeste logoped. Kommuner der tilbudet om afasirehabilitering følger nasjonale retningslinjer er heller unntaket enn regelen. En større kapasitet og flere logopeder ville gitt flere personer med afasi et tilfredsstillende/relevant tilbud. Det kan være et tilbud i kommunen, men kapasiteten er ikke stor nok til å gi tilbud flere ganger per uke. Logopedens oppgave er å hjelpe personen med afasi til å vende seg til at kommunikasjonsferdighetene er blitt endret, og personene rundt den afasirammede må få hjelp til å endre sin kommunikasjon (Corneliussen, 2005). Det er viktig å finne hjelpemidler som personen med afasi synes han har nytte av. Både logopeder og ledere gir uttrykk for at logopedressursen er for liten i kommunene. Det indikerer at det er behov for nye løsninger for den framtidige afasirehabilitering. Tradisjonell afasirehabilitering har vært 1-2 økter per uke. En kan tenke seg en annen organisering med flere økter per uke over 2-3 uker og en pause på for eksempel 2 uker. Da kan en ikke gi tilbud til like mange som nå per uke, men flere personer kan få intensiv språktrening i kortere perioder. Mer bruk av intensiv språktrening i gruppe kan også være et tilbud en kan gi mer av i kommunene.

Forskning viser at tidlig oppstart og intensitet i tilbudet er viktig (Becker, 2009). Den afasirammede bør få flere perioder med intensiv språktrening og opphold imellom i stedet for 1 1/2 time per uke over lang tid (Bhagal m.fl., 2003). For at tilbudet om språklig rehabilitering til personer med afasi skal bli bedre må det opprettes flere logopedstillinger og utdannes flere logopeder. Flere kommuner kan samarbeide om logopedstillinger, og eller personer med afasi kan få språklig rehabilitering i en nabokommune. Telemedisin kan også være et alternativ, der logopeder gir språklig

rehabilitering via PC (Becker m.fl., 2013). Pårørende eller undervisnings- eller helsepersonell kan være sammen med den afasirammede når fjernundervisning gis, eller om den afasirammede er fortrolig med å bruke PC behøver det ikke være andre personer til stede. Intensitet er viktig også i denne type behandling. Det må ikke gå for lang tid mellom hver treningsøkt og logopedens som utfører fjernundervisningen må være ansvarlig for behandlingen.

5.3 TILBUD OM INTENSIV SPRÅKTRENING

Hvor mange økter språktrening er det vanlig å ha per uke, og gis det tilbud om intensiv språktrening i perioder i hjemkommunen eller i en annen kommune? Svarene viser at 5 av kommunene gir tilbud til afasirammede 1-2 ganger / timer per uke og 3 av kommunene gir tilbud om 3-4 ganger / timer per uke. De som gir tilbud 1-2 ganger/timer per uke er 1 kommunal logoped i en stor kommune, 3 kommunale logopeder i tre mellomstore kommuner, 1 privatpraktiserende logoped i en mellomstor kommune og en av de små kommunene gir også språktrening 1-2 ganger/timer per uke, men jeg har jeg ikke fått svar på hvem som gir tilbudet. De som gir tilbud 3-4 ganger/timer per uke er 1 privatpraktiserende logoped i en liten kommune, 1 kommunal logoped som arbeider kun med afasi i en mellomstor kommune og 1 kommunal logoped i en stor kommune. Alle de 3 private logopedene som arbeider både i mellomstore og små kommuner, svarte at de ga tilbud om intensiv behandling i perioder, 1 kommunal logoped i en mellomstor kommune og 1 som har svart «annet» fra en av de små kommunene svarte at de ga tilbud om intensiv behandling i perioder. Dataene kan antyde at privatpraktiserende logopeder har større kapasitet til å gi tilbud om intensiv behandling oftere enn det kommunalt ansatte logopeder gjør. En av de kommunale logopedene svarte at hun hadde ikke kapasitet til å gi intensiv behandling.

De private logopedene ga intensiv behandling lokalt, i tillegg svarte 1 at de brukte tilbud på kurbad, 1 kommunal logoped i stor kommune brukte også kurbad. Både kommunal logoped i stor kommune og mellomstor kommune svarte at de brukte tilbud om intensivbehandling i annen rehabiliteringsinstitusjon, det gjorde også 1 som har svart annet fra en av de små kommunene. Tilgjengelighet kan være en faktor her.

Personer som bor i nærheten av slike tilbud benytter de kanskje oftere enn personer som bor langt unna en rehabiliteringsinstitusjon.

Hvis det er få personer med afasi i kommunen kan personer fra flere kommuner få et tilbud om intensiv språktrening i en nabokommune eller den afasirammede må reise et stykke unna for å få intensiv språktrening i en kort periode. I Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag står det at logopediske tiltak ved afasi bør ha tilstrekkelig mengde og hyppighet, mer enn 5 t per uke. Tiltaket skal også være spesifikt i forhold til de språklige vanskene pasienten har (Helsedirektoratet, 2010).

Intensitet forstått som antall språktreningstimer per uke virker inn på rehabiliteringsprosessen. Studier har vist at lite behandling: under 1,5 timer per uke gir lite utbytte, 2-3 timer per uke gir moderat utbytte, og 5 timer eller mer per uke gir høyt utbytte (Basso, 2003). Studiene fulgte personer som var i ulike faser av afasien. Det er så klart, var at intensiv behandling hadde mer effekt en mindre intensiv behandling, og personer som fikk behandling de første 3 månedene etter skade hadde større utbytte enn de som begynte med behandling etter 3 måneder (ibid). Dette kan ha med spontan bedring å gjøre, men en så større utvikling hos de som fikk behandling enn de som ikke fikk det de 3 første månedene.

Det tredje forskningsspørsmålet er: hvor mange økter med språktrening får personer med afasi per uke? Dataene viser at 1-2 t språklig rehabilitering per uke er et vanligere tilbud enn 3-4 t per uke. Tilbud om språktrening en gang per uke er lite i forhold til anbefalinger og det forskning viser har best effekt (Becker, 2009). Mange gjentagelser synes å være viktig for varige endringer (Kirmess, 2007) og bør legges vekt på i afasirehabiliteringen. Om språktrening skjer i grupper eller i enetimer, er teorien bak logopedisk rehabilitering at den afasirammede gjennom trening skal få tilbake mange av språkfunksjonene som er svekket (Simmons-Mackie, 2008). Stadige påminnelser for å drille inn sentrale kunnskaper og ferdigheter er nødvendig. Intensitet og antall timer spiller inn. Det må heller ikke være for lang tid i mellom hver treningsøkt for at det en lærer skal «sitte» (Becker, 2009). Dette er en begrunnelse for at personer med afasi bør ha et tilbud om språktrening flere ganger per uke.

Hvis det var flere logopedstillinger og hvis flere logopeder arbeidet i kommunene med afasirehabilitering kunne intensiv språktrening generelt i afasirehabiliteringen økt. Språktrening kunne startet opp tidligere, blitt gitt oftere og hatt lenger varighet.

Undersøkelsen viser at det er behov for flere logopedstillinger for å gi flere afasirammede intensiv språktrening. Det kan være logopedstillinger som står ubesatt som må fylles og ikke fjernes. Den økonomiske ordningen NAVs HELFO har som privatpraktiserende får dekket sine logopedtjenester gjennom må opprettholdes til det blir nok logopedstillinger i kommunene til å gi afasirehabilitering. Det vil ta tid og derfor må det være både kommunale og private løsninger også en stund framover, for at personer med afasi skal få det tilbudet de har rett på.

Anbefaling fra helsedirektoratet er at det bør vurderes å gjennomføre perioder med strukturert intensiv språkterapi i kronisk fase. Mange studier viser at intensiv språktrening har effekt for eksempel på benevning også i kronisk fase (Pulvermüller m.fl., 2005). Hjernens evne til reorganisering, plastisitet, er avhengig av flere faktorer som skadens omfang, skadens årsak, rehabilitering, miljøfaktorer og motivasjon (Becker, 2009). De faktorene logopedene har mulighet til å påvirke og som synes å ha stor betydning for utbytte av rehabiliteringen er den afasirammedes motivasjon for trening og intensiteten av behandlingen (ibid). I de studiene der det var påvist god behandlingseffekt var det gitt flere timer behandling over et kortere tidsrom enn i de studiene der språktrening hadde liten effekt (ibid).

5.4 TILBUD OM AFASIGRUPPER

Det fjerde forskningsspørsmålet er om det brukes intensiv språktrening eller grupper i afasirehabiliteringen? En begrunnelse for å bruke grupper er for å øve på kommunikative ferdigheter som personene kan bruke i den daglige kommunikasjonen med de nærmeste (Andreassen m.fl., 2004). Logopedene veileder både pårørende og personen som har afasi. Pårørende og rehabiliteringspersonell bør få informasjon om kommunikative ferdigheter som den afasirammede har, og få opplæring i spesifikke strategier og teknikker som fremmer den afasirammedes mulighet til å delta i kommunikasjonen (Helsedirektoratet, 2010). Den afasirammede og de pårørende bør få opplæring, hjelp og støtte rettet mot å mestre en tilværelse med språk- og kommunikasjonsvansker gjennom hele rehabiliteringsforløpet (ibid). Afasigrupper kan brukes til å trene på og forsterke det en har oppnådd i enetimene. Personer som har afasi får direkte språktrening i å lage setninger, redusere ordleting og trening gjennom

lesing og skriving (Kearns og Elman 2001). I afasigrupper fremmes naturlig kommunikasjon og samspill mellom grupped medlemmene, dette gjør det lettere å overføre det som er lært i afasigruppen til andre personer en møter i det daglige (2007 og Kirmess, 2007). Treningssituasjonen skal være relevant for mestring av dagliglivet. Samtaler i små grupper representerer i større grad naturlige situasjoner enn det enetimer med logoped gjør, og styrker overføringsverdien til dagliglivet (ibid). Logopedens oppgave er å støtte deltakerne og fremme taleproduksjonen.

2 kommunale logopeder og 2 private logopeder som arbeider i mellomstore kommer svarte at de brukte afasirehabilitering i gruppe. 1 kommunal logoped i en stor kommune, 1 kommunal logoped som arbeider kun med afasi i en mellomstor kommune, ergoterapeut, sykepleier og 1 «annet» fra små kommuner svarte at de ikke bruker afasirehabilitering i gruppe. 1 privat logoped som arbeider både i små- og mellomstor kommune, 1 kommunal logoped i en mellomstor kommune, 2 kommunale logopeder i stor kommune svarte «varierer». Om det er utfra individuelle behov hos den afasirammede eller om det ikke er flere personer i kommunen med afasi, som gjør at det ikke brukes gruppe ble det ikke spurt om i undersøkelsen. En kommentar fra en informant var at det hadde vært afasigruppe tidligere, men informanten fikk ikke fortsette med det. Den administrative lederen for afasirehabiliteringen synes at de afasirammede hadde fått delta i gruppe lenge nok. En kommentar fra en annen informant var at det ikke var mange nok som egnet seg for å lage ei gruppe. Informanten ville gjerne brukt gruppe i afasirehabiliteringen.

Hvis det er få personer med afasi i en kommune kan personer fra flere kommuner få et tilbud om afasigruppe sammen. Små afasigrupper kan kanskje fungere via skape/telemedisin, noe som kan gjøre at en slipper å reise langt for å være med i ei gruppe. En kan kanskje bytte på og møtes og bruke PC.

5.5 VARIGHET AV AFASIREHABILITERING

Over hvor lang tid gis tilbud om afasirehabilitering? Intensiv språktrening er et tilbud som kan gis flere ganger underveis i afasirehabiliteringen. Tilbud om kommunikasjonstrening i gruppe kan komme etter at individuell språktrening har vart noen uker eller måneder. Begrunnelse for at språklig rehabilitering bør vare over tid er at det kan skje

utvikling lenge etter at skaden har inntruffet (Pulvermüller m.fl., 2005). Forskning på hjernens plastisitet viser at det kan skje endringer i hjernen hele tiden (Becker, 2009). Også etter 6 måneder opptil flere år etter at skaden inntraff har en sett språkutvikling hos personer med afasi (Basso, 2003). Rehabiliteringen må også sees på utfra afasitype og alvorlighetsgrad, men en har sett utvikling etter lang tid også hos personer som er hardt rammet (ibid).

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at kommunene gir språklig rehabilitering fra 6 måneder til 24 måneder. 1 av logopedene svarte at han/hun ga behandling/opplæring i 6-12 måneder. 2 logopeder svarte 13-18 måneder og 2 logopeder 19-24 måneder. 5 av logopedene svarte at det varierer. Det er kun 5 logopeder av 15 som har svart på hvor mange måneder de gir behandling/opplæring, og 5 har svart «varierer». 4 logopeder og 2 «annet» svarte «vet ikke» om hvor lang tid de fleste afasirammede i kommunen får behandling/opplæring. Det er få svar til å underbygge en påstand, men det gir en antydning om at afasirammede oftere får språklig rehabilitering utover 12 måneder enn under 12 måneder. Språklig rehabilitering bør gis så lenge den afasirammede har nytte av det for å få en bedre språkfunksjon (Helsedirektoratet, 2010). Kartlegging underveis i afasirehabiliteringen og en grundig evaluering av nytteeffekten ved langtidsbehandling bør gjøres (ibid).

6. AVSLUTNING

Målet for mitt masterprosjekt var å synliggjøre tilbudet om afasirehabilitering i Troms og Finnmark. Jeg ville undersøke om det var forskjell på anbefalt afasirehabilitering og det tilbudet som gis i kommunene. I prosjektet har jeg sett på organisering og innhold. Jeg har analysert kommunale og private løsninger, og kommunale og interkommunale muligheter for språklig afasirehabilitering. Jeg har sett på innholdet i afasirehabiliteringen. Hvordan er tilbudet når det gjelder grad av intensitet, og rehabilitering individuelt og i gruppe. Jeg har også sett på varighet av rehabiliteringen sammenlignet med nasjonale anbefalinger og forskning på afasirehabilitering viser.

Viktige sider ved afasirehabiliteringen er rask oppstart av logopedbehandlingen og tilstrekkelig intensitet. Det bør ikke gå for lang tid mellom treningsøktene for at språkrehabiliteringen skal få ønsket effekt. Afasigrupper bør være et tilbud til flere afasirammede. For at flere skal få hjelp og for å gi personer med afasi mer intensitet i språktreningen må det opprettes flere logopedstillinger i kommunene.

Interkommunale løsninger og samarbeid er viktig for at den som får afasi får den hjelpen han/hun har behov for. Det må derfor være mulighet for ulike løsninger fra kommune til kommune. Kommunestørrelse og beliggenhet spiller inn, men en må se på de beste løsningene for den enkelte afasirammede og den enkelte kommune.

Temaet afasi bør bli en større del av logopedstudiet og det bør være gode muligheter for oppdatering når det gjelder afasirehabilitering. Logopedenes kunnskap om afasi og språklig rehabilitering av personer med afasi er en viktig side ved afasirehabiliteringen.

7. LITTERATURLISTE

- Andreassen, A.B., Landmark, A., Sandmo, T., Aasheim, V. og Alstad, K. (2004): Kapittel 1. Afasi, *Språk- og talevansker hos voksne. Ide'samling*. Oslo: Vox
- Basso, A. (2003): *Aphasia and its therapy*. New York: Oxford University press.
- Basso, A. (2005): How intensive/prolonged should an intensive/prolonged treatment be? *Aphasiology*, 19, 975-984.
- Becker, F. (2014): Afasi – når systemet svikter minst like mye som språket. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Nr. 4: 390-391. Hentet 25.02.2014 fra: www.tidsskriftet.no.
- Becker, F. (2009): *Afasi og plastisitet: hvordan språkbearbeidelsen i hjernen kan endre seg etter skade*. Hentet 16.09.2012 fra: <http://www.norsklogopedlag.no/tidsskriftet/utgaver/logopeden-1-9-09/afasi>.
- Bhagal, S.K., Teasell, R & Speechley, M. (2003): Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery, *Stroke*, 34, 987-993.
- Bjerkan, K.M. (2000): Det mentale leksikon – semantikk. I: M. Lind, H. Uri, I. Moen & K.M. Bjerkan. *Ord som ikke vil. Innføring i språkpatologi*. Oslo: Novus forlag. 197-218.
- Cherney, L.R. & Robey, R.R. (2008): Aphasia Treatment: Recovery, Prognosis and Clinical Effectiveness. In: R. Chapey (ed.). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 186-202.
- Corneliussen, M. (2005): *Afasi og spesialundervisning. Veiledning i dokumentasjon av praksis*. Statped skriftserie nr. 36. Bredtvet kompetansesenter.
- Elman, R.J. (2007): The importance of aphasia group treatment for rebuilding community and health. *Aphasiology*, vol. 27 (4), 300-308.
- Finset, A. & Krogstad J.M. (2006): *Hodeskade. Virkninger og behandling av ulike typer hodeskade*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.

Hallowell, B. & Chapey, R. (2008): Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. In: R. Chapey (ed.). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 3-19.

Everett, E. L. & Furseth, I. (2012): *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Gall, M. D., Gall, J. P. & Borg, W. R. (2007): *Educational research. An introduction*. Pearson.

Haraldsen, G. (1999): *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hellevik, O. (2002): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet, 2010: *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Hentet 28.03.2014 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilisering-og-behov/funks>.

Jacobsen, D. I. (2011): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Kelly, H., Brady, M.C. & Enderby, P. (2010): *Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review)*. The Cochrane Collaboration: John Wiley & Sons, Ltd. Hentet 18.03.2014 fra: <http://www.thecochranelibrary.com>

Kearns, K. P. & Elman R. J. (2008): Group therapy for aphasia: Theoretical and practical considerations. In R. Chapey (ed.). *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 376-400.

Kirmess, M. (2007): Constraint induced språkterapi: en introduksjon. I: *Logopeden. Norsk tidsskrift for logopedi*.

Kleven, T. A. (red.), Hjordemaal, F. & Tveit, K. (2011): *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. 2. utgave. Oslo: Unipubforlag.

Kunnskapsdepartementet, 2000: *Rapport for arbeidsgruppe for vurdering av tilbud til personer med språk- og talevansker. Vedlegg 2. Norsk logopedlag: Spørreundersøkelse blant medlemmer i NLL Logopeders tilsetningsforhold og arbeid 2000*. Hentet 14.05.2014 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/rapporter/2001/>

Lind, M. & Haaland-Johansen, L. (2010): Kartlegging og dokumentasjon i afasilogopedisk praksis. I: M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph & E. Qvenild (red.) *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. Oslo: Novus AS. 42-64.

Lind, M., Moen, I., Uri, H. & Bjerkan, K. M. (2000): *Lingvistikk og språkpatologi. I: M. Lind, H. Uri, I. Moen & K. M. Bjerkan. Ord som ikke vil. Innføring i språkpatologi*. Oslo: Novus forlag. 13-95.

Lovdata, (2002): *Lov om folketrygd (Folketrygd loven)*. Hentet 29.04.2014 fra: <http://www.lovdatab.no/>

Lovdata, (2002): *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (Opplæringslova)*. Hentet 29.04.2014 fra: <http://www.lovdatab.no/>

NESH (2006): *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnskunnskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer. Hentet 29.04.2014 fra: <http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06>

Norsk Logopedlag (2012): *Informasjonshefte 2012*.

Notat vedr. fokusområder for Utdanningsdirektoratet. Oslo: Afasiforbundet i Norge, 2009. Hentet 03.03.2014 fra: www.afasi.no.

Oraviita, I. K. (2008): *Afasirehabilitering i Norge. Kommunale rehabiliteringstilbud til afasirammede. En kvantitativ undersøkelse av de afasirammedes tilgang til logopedisk rehabilitering i hjemkommunen*. Masteroppgave. Oslo: Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

Patterson, J.P. & Chapey, R. (2008): Assessment of Language Disorders in Adults. In: R. Chapey, (ed.). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 64-160.

Pulvermüller, F., Hauk, O., Zohsel, K., Neining, B. & Mohr, B. (2005): Therapy-related reorganization of language in both hemispheres of patients with chronic aphasia. *Neuroimage*, 28 (2):481-489. Hentet 13.05.2014 fra:
<http://cirrie.buffalo.edu/database/44539>)

Pulvermüller, F., Neining, B., Elbert, B.M., Rockstroh, B., Koebbel, P. & Taub, E. (2001): Constraint_Induced Therapy of Chronic aphasia After Stroke. *Journal of the American heart association*. 32:1621-1626. Hentet 13.05.2014 fra:
<http://stroke.ahajournals.org/>

Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M.I.K. & Lind, M., (2010): Afasi og afasirehabilitering. I: M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph & E. Qvenild (red.) *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. Oslo: Novus AS. 23-41.

Reinvang, I. (2003): *Afasi. Språkforstyrrelse etter hjerneskade*. Oslo: Universitetsforlaget. Pensumtjeneste.

Reinvang, I., & Engvik, H., (1988): *Handbok. Norsk grunntest for afasi*. 2.opplag. Universitetsforlaget.

Ringdal, K. (2013): *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Rygvold, A.-L. og Rygvold, T. Norsk Logopedlag. (2005): *Norsk Logopedlags spørreundersøkelse 2005*. Hentet 25.04.2014 fra: <http://www.norsk-logopedlag.no/arkiv/evalueringer>

Wikipedia, (2013): *Kommuner i Finnmark*. Hentet 28.01.2014 fra:
<http://no.wikipedia.org/wiki/Finnmark>

Wikipedia, (2013): *Kommuner i Troms*. Hentet 28.01.2014 fra:
<http://no.wikipedia.org/wiki/Troms>

8. VEDLEGG

Vedlegg nr. 1: INFORMASJONSSKRIV TIL LEDERE I KOMMUNENE

Vedlegg nr. 2: INFORMASJONSSKRIV TIL LOGOPEDER

Vedlegg nr. 3: SPØRRESKJEMA TIL LEDERE I KOMMUNENE

Vedlegg nr. 4: SPØRRESKJEMA TIL LOGOPEDER

Vedlegg nr. 1:

TIL LEDERE FOR UNDERVISNINGSETATEN I KOMMUNENE

Afasirehabilitering i kommunene – spørreundersøkelse

Jeg er masterstudent i logopedi ved Universitet i Tromsø, og skal bruke spørreundersøkelse som en del av masteroppgaven min. Tema for oppgaven er: afasirehabilitering og hvordan tilbudet om afasirehabilitering organiseres i kommunene i Troms og Finnmark. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Spørreundersøkelsen består av to forskjellige spørreskjemaer, det ene går til ledere i kommunene som har kjennskap til organiseringen av afasirehabiliteringen, og det andre spørreskjemaet går til logopeder som arbeider med afasirehabilitering eller har kjennskap til afasirehabilitering.

For å få til et mest mulig riktig bilde av virkeligheten, er det viktig at også kommuner som IKKE har egne logopedtjenester svarer på spørreskjemaet.

For at informasjonen som blir samlet inn skal være så pålitelig som mulig, vil jeg ta med noen definisjoner av sentrale begreper som går igjen i flere spørsmål.

Definisjoner:

1. Afasirammet:

En person som har fått hjerneslag eller annen hjerneskade som har ført til at språk-, tale- eller kommunikasjonsevnen har blitt svekket.

2. Logopediske tjenester:

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

3. Afasirehabilitering:

Opplæring gitt av logopeder til afasirammede der formålet er rehabilitering av språk-, tale- og kommunikasjonsferdigheter.

Håper du vil svare på spørsmålene og slik bidra til å belyse tilbudet om afasirehabilitering i kommunene.

Med hilsen

Mette Brådalen Karlsen

Vedlegg nr. 2:

TIL LOGOPEDER

Afasirehabilitering i kommunene – spørreundersøkelse

Jeg er masterstudent i logopedi ved Universitet i Tromsø og skal bruke spørreundersøkelse som en del av masteroppgaven min. Tema for oppgaven er: afasirehabilitering og hvordan tilbudet om afasirehabilitering organiseres i kommunene i Troms og Finnmark. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Spørreundersøkelsen består av to forskjellige spørreskjemaer, det ene går til ledere i kommunene som har kjennskap til organiseringen av afasirehabiliteringen, og det andre spørreskjemaet går til logopeder som arbeider med afasirehabilitering i kommunene.

Spørreskjemaet til logopeder, besvares både av logopeder som arbeider i hel stillingen med afasirehabilitering og av logopeder som har stillinger som dekker flere logopediske tjenester, der afasirehabilitering er en del av stillingen.

Håper du vil svare på spørsmålene og slik bidra til å belyse tilbudet om afasirehabilitering i kommunene.

Med hilsen

Mette Brådalen Karlsen

Vedlegg nr. 3:

ledere i kommunene og afasirehabilitering

1) Spørsmål nr. 1 Hva er Kommunens navn?

svar:

2) Spørsmål nr. 2 Hvilken stilling har du?

svar:

3) Spørsmål nr. 3 Er det kommunalt ansatt(e) logoped(er) i kommunen?

- Ja
 Nei

4) Spørsmål nr. 4 Hvis ja på spørsmål 3, hvor mange logopeder?

- 1 i deltidstilling
 1
 2
 3
 flere enn 3
 flere enn 5
 Annet:
 Vet ikke

5) Spørsmål nr. 5 Er det kommunalt ansatt logoped som arbeider hovedsakelig med afasirammede?

- 0
 1 i deltidsstilling
 1
 2
 3 eller flere
 Annet:

6) Spørsmål nr. 6 Kjøper kommunen logopediske tjenester fra en annen kommune ved behov for afasirehabilitering?

- Ja
 Nei

7) Spørsmål nr. 7 Bruker kommunen privatpraktiserende logoped for å gi afasirehabilitering?

- Ja
 Nei

8) Spørsmål nr. 8 Er kommunen med i et interkommunalt samarbeid om logopediske tjenester?

- Ja
 Nei

9) Spørsmål nr. 9 Hvis ja på spørsmål 8, hvor mange kommuner er med?

- 2
 3
 Annet

10) Spørsmål nr. 10 Er det en annen yrkesgruppe enn logopeder, som gir afasirehabilitering i kommunen?

- Ja
 Nei

11) Spørsmål nr. 11 Hvis ja på spørsmål 10, hvilken yrkesgruppe?

Svar:

12) Spørsmål nr. 12 Hvilken etat er de logopediske tjenestene til afasirammede organisert under?

- Utdanningsetaten
 Helse- og omsorgsetaten
 Annet

13) Spørsmål nr. 13 Hvor raskt etter utskrivelse fra sykehus får personer med afasi et tilbud om afasirehabilitering i kommunen?

- Innen 2 mnd.
 Innen 4 mnd.
 Innen 6 mnd.
 Varierer

14) Spørsmål nr. 14 I hvor stor grad blir behovet for afasirehabilitering dekket i kommunen?

- Alltid
- Som regel
- Varierer

Kan besvares både av kommuner der det er kommunale logopedstillinger og av kommuner som IKKE har logopedstillinger.

15) Spørsmål nr. 15 Er det planer om å opprette logopedstilling i kommunen?

- Ja
- Nei

16) Spørsmål nr. 16 Hvis ja på spørsmål 15, hvor stor stilling?

- 100 % stilling
- 50 % stilling
- Annet

17) Spørsmål nr. 17 Er det planer om å opprette logopedstilling sammen med en eller flere andre kommuner?

- Ja
- Nei

18) Spørsmål nr. 18 Har du kommentarer til tilbudet om afasirehabilitering i kommunen?

Svar:

◀▶

Vedlegg nr. 4:

logoped og afasirehabilitering

1) Spørsmål nr. 1 Hva er kommunens navn (der du arbeider)?

svar:

Kryss av ett eller flere svaralternativer.

2) Spørsmål nr. 2 Hvilken stilling har du?

- Jeg er kommunalt ansatt logoped i 100 % stilling.
- Jeg er kommunalt ansatt logoped i 50 % stilling.
- Jeg er privatpraktiserende logoped i 100 % stilling.
- Jeg er privatpraktiserende logoped i 50 % stilling.
- Annet

3) Spørsmål nr. 3 Hvor mange kommunalt ansatte logoped er det i kommunen?

- 0
- 1
- 2
- 3
- Flere enn 3
- Flere enn 5
- Annet
- Vet ikke

4) Spørsmål nr. 4 Er det kommunalt ansatte logoped som arbeider hovedsakelig med afasirammede?

- 0
- 1 i deltidstilling
- 1
- 2
- 3 eller flere
- Annet

Vet ikke

5) Spørsmål nr. 5 Kjøper kommunen logopediske tjenester fra en annen kommune ved behov for afasirehabilitering?

- Ja
 Nei
 Vet ikke

6) Spørsmål nr. 6 Bruker kommunen privatpraktiserende logoped for å gi afasirehabilitering?

- Ja
 Nei
 Vet ikke

7) Spørsmål nr. 7 Har kommunen et interkommunalt samarbeid om logopediske tjenester?

- Ja
 Nei
 Vet ikke

8) Spørsmål nr. 8 Hvis ja på spørsmål 7, med hvor mange kommuner?

- 1
 2
 Flere enn 2
 Annet

9) Spørsmål nr. 9 Hvilken etat er logopediske tjenester for afasirammede organisert under?

- Utdanningsetaten
 Helse- og omsorgsetaten
 Annet

10) Spørsmål nr. 10 Hvem henviser afasirammede til rehabilitering?

- Fastlegen
 Hjemmetjenesten
 Pårørende
 Sykehus
 Annet

11) Spørsmål nr. 11 Er det ventetid i kommunen på afasirehabilitering?

- Ja
- Nei
- Varierer
- Vet ikke

12) Spørsmål nr. 12 Hvis ja på spørsmål 11, hvor lenge?

- 1-3 mnd.
- 4-6 mnd.
- Varierer
- Annet
- Vet ikke

13) Spørsmål nr. 13 Er det behov for (flere) logoped(er) i kommunen?

- Ja
- Nei
- Annet
- Vet ikke

14) Spørsmål nr. 14 Er det behov for logoped som kan arbeide spesielt med afasirehabilitering i kommunen?

- Ja
- Nei
- Annet
- Vet ikke

Hvilke tilbud om afasirehabilitering får de fleste afasirammede i kommunen?

15) Spørsmål nr. 15 Hvor mange ganger/timer pr uke får de fleste afasirammede i kommunen behandling/undervisning?

- 1-2 ganger/timer
- 3-4 ganger/timer
- Varierer
- Annet
- Vet ikke

16) Spørsmål nr. 16 Over hvor lang tid får de fleste afasirammede i kommunen behandling/opplæring?

- 6-12 mnd.
- 13-18 mnd.
- 19-24 mnd.
- Varierer
- Annet
- Vet ikke

17) Spørsmål nr. 17 Brukes afasirehabilitering i gruppe?

- Ja
- Nei
- Varierer
- Annet
- Vet ikke

Definisjon intensiv behandling: 4-10 g pr uke eller ca. 9 t pr uke.

Gi gjerne en kommentar.

18) Spørsmål nr. 18 Gis det tilbud om intensiv behandling (i perioder)?

- Ja
- Nei
- Varierer
- Annet
- Vet ikke

19) Spørsmål nr. 19 Hvis ja på spørsmål 18, hvor får den afasirammede intensiv behandling?

- Hos lokal logoped.
- På kurbad.
- I annen rehabiliteringsinstitusjon.
- Annet

20) Spørsmål nr. 20 Har du kommentarer til tilbudet om afasirehabilitering i kommunen(e)?

Svar:

A text input field with a label "Svar:" in the top-left corner. The field is mostly empty. On the right side, there are three small square buttons: the top one has an upward-pointing triangle, the middle one is empty, and the bottom one has a downward-pointing triangle. On the bottom side, there are two small square buttons: the left one has a left-pointing triangle, and the right one has a right-pointing triangle. The area between these buttons has a light gray grid pattern.

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.