

## ICF BRUKT I UTREDNING AV AFASI

ICF er en forkortelse for International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001). På norsk er dette oversatt til Internasjonal Klassifikasjon av Funksjon, Funksjonshemming og Helse (KITH, 2003). Det er for omfattende å gi en grundig beskrivelse av ICF her.<sup>1</sup> En kort beskrivelse av ICF kan være at ICF er ”et klassifikasjonssystem som har som hovedmål å gi et felles språk og rammeverk for *beskrivelser* av bl.a. personer med funksjonshemminger. Begrepet ”beskrivelser” er knyttet til innholdet i de ulike ICF-kategoriene og representerer således en faglig ”merkelapp” på en tilstand eller et fenomen. ICF er m.a.o. ikke et kartleggingsverktøy eller et diagnostiseringsverktøy, men et verktøy som trekker opp hvilke faktorer som er relevant å ta hensyn til i kartlegginger, utredninger, diskusjon om implementering av tiltak m.m. (Theie, 2008).

ICF bygger på en forståelse av begrepet funksjonshemming som søker å ta hensyn til både individuelle forhold og kontekstuelle forhold. Tøssebro (2009) beskriver ICF som en videreføring av debatten om å forene det som ofte omtales som det medisinske perspektivet og det sosiale perspektivet på funksjonshemming (Grue, 2006).

”Det grunnleggende problemet som løftes fram, er at en må skille mellom a) det medisinske, b) de praktiske funksjonelle begrensningene og c) sosiale konsekvenser. En person med ryggmargsbrokk (medisinsk) kan ha vansker med å gå (funksjonell begrensning) og dermed med å komme opp trappen til restauranten (sosial konsekvens)” (Tøssebro, 2009 s.13)

ICF vektlegger 4 hovedområder (kaldt domener eller emneområder) for å beskrive personer. (1) Kroppsfunksjoner som defineres som kroppens fysiologiske funksjoner (inkludert mentale funksjoner). For personer med afasi vil dette for eksempel være språkforståelse. (2) Kroppsstrukturer omfatter de anatomiske delene av kroppen. For personer med afasi kan det for eksempel være knyttet til selve den fysiologiske skaden etter et hjerneslag. (3) Aktiviteter og deltakelse er ”personens utførelse av oppgaver og handlinger” og det ”å engasjere seg i en livssituasjon” (KITH, 2003 s. 113). Dette kan for eksempel være det å kommunisere eller det å tale. (4) Miljøfaktorer er de fysiske, sosiale og holdningsmessige faktorene i personens kontekst. Siden afasi rammer kommunikasjonsevne, vil for eksempel dette kunne ha betydelige konsekvenser for familie, venner, kolleger m.fl. ICF supplerer ICD-10 (WHO, 2006) som omhandler helsediagnoser (inkludert psykiatriske). I en spesialpedagogisk sammenheng hvor bl.a. funksjonsevne står sentralt, er det imidlertid ikke nødvendigvis en sammenheng mellom diagnose og å vite hvilke tiltak som bør settes inn (Rutter & Taylor, 2002; Theie, 2008).

I dette prosjektet er ICF brukt for å kode fritekst i utredningsrapporter om afasi for å vurdere i hvor stor grad de ulike emneområdene i ICF er representert i utredningsarbeidet. Problemstillingen som diskuteres i denne artikkelen er: *Hvordan, og i hvilken grad, kan beskrivelsene av språklig funksjon og funksjonshemming i rapporter på afasiområdet presenteres ved hjelp av ICFs klassifikasjonssystem?* Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Bredtvet kompetansesenter og Institutt for spesialpedagogikk.

Ut fra et spesialpedagogisk utgangspunkt er det flere moment som tilsier at tenkningen og rammeverket til ICF passer inn i forståelsen av fagfeltet. Dette gjelder både i forhold til relevansen av tenkningen i spesialpedagogiske praksiser (f.eks. i utredningsarbeid), og i

---

<sup>1</sup> For en fyldig beskrivelse av ICF henvises det for eksempel til Theie (2008), KITH (2003), WHO (2001) eller WHO (2002).

forståelsen av at begrepet funksjonshemming krever et individ-kontekst-perspektiv (Theie, 2008). En av konklusjonene i prosjektet er også at ICF er et egnet verktøy i spesialpedagogisk utrednings- og rapporteringsarbeid (Theie, 2009).

### **SPESIALPEDAGOGISK ARBEID MED PERSONER MED AFASI OG RELEVANSEN AV ICF**

Afasi er betegnelsen på ervervede språk- og kommunikasjonsvansker som følge av en skade i hjernen, som oftest i venstre hjernehalvdel (Reinvang, 1978). Den vanligste årsaken er hjerneslag, men afasi kan også forårsakes av andre sykdommer (virus, betennelser, hjernetumor) eller av ytre slag mot hodet. Personer med afasi kan ha ulik grad av vansker med å forstå og produsere språk, både muntlig og skriftlig. Fordi språklig kommunikasjon er et grunnleggende trekk ved mellommenneskelig samvær, vil afasien få følger for livskvaliteten både for den som rammes og for de nærmeste pårørende.

Hos noen mennesker er språkvanskene de eneste symptomene på at det foreligger en skade i hjernen. Men hos de aller fleste vil afasien bare være en del av et mer omfattende sykdomsbilde, noe som tilsier at det vil være nødvendig med en tverrfaglig rehabilitering av personer med afasi. I dette rehabiliteringsarbeidet vil ICF kunne brukes som et verktøy ved både å være en modell og et måleverktøy, som kan synliggjøre noen av de faktorene som man må forholde seg til i et slikt arbeid (Vik, 2004). Logopedisk undervisning står sentralt når det gjelder den språklige rehabiliteringen av personer som har afasi, og Lønnberg og Jensen (2007) framholder at logopeder kan bruke ICF som en forståelsesramme for de følger afasi kan få for den som rammes.

Som nevnt innledningsvis inneholder ICF et stort antall koder for å beskrive mennesker ut fra et helhetlig syn på hvordan de fungerer i sitt naturlige miljø. Flere har imidlertid kritisert begrepsterminologien i ICF for å være for omfattende og vanskelig å tolke (Høyem & Thornquist, 2010; Kagan, A., Simmons-Mackei, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, M. E., McEven, S., et al., 2008). For å gjøre ICF mer brukervennlig er det bl.a. utviklet flere *kjernesett* med ICF-kategorier, det vil si at en del kategorier er valgt ut for å passe til en bestemt diagnosegruppe (Høyem & Thornquist, 2010). Det er blant annet utviklet et slikt kjernesett for diagnosen *hjerneslag*, noe som kan gjøre det lettere å sammenligne klinisk praksis og forskning over landegrensene og mellom de ulike fagdisiplinene (Geyh, S., Cieza, A., Schouten, J., Dickson, H., Frommelt, P., Omar, Z., et al., 2004; Høyem & Thornquist, 2010). Ut fra denne tankegangen har Birkenes (2007) kommet med forslag til ICF-koder som kan være relevante for å beskrive en bestemt type afasi, global afasi, som regnes som den vanligste form for afasi (Reinvang & Sundet, 1988). Men bruk av ICF i kartleggingen betyr ikke at man skal slutte å bruke sine egne fagspesifikke metoder (Vik, 2004) – de vil fortsatt være nødvendige når man skal foreta en presis og detaljert vurdering av for eksempel språk- og kommunikasjonsvanskene hos afasirammede.<sup>2</sup>

#### *Afasi og kroppsfunksjoner*

Denne dimensjonen tar for seg de fysiologiske funksjoner i kroppens organer, i tillegg til mentale funksjoner. Alle former for afasi er avvik i forhold til denne dimensjonen. Kroppslig funksjonsnivå svarer til de språklige vanskene, som evne til å forstå språk, ord- og setningsproduksjon, lese- og skrivefunksjon. Afasi kan beskrives og klassifiseres på ulike måter, og man vil i dette arbeidet måtte gradere og tallfeste avviket ved å bruke subjektivt

<sup>2</sup> For å gjøre ICF mer brukervennlig er det også utviklet ulike interaktive søkerverktøy. I denne artikkelen er det brukt et søkerverktøy fra KITH (2004). WHO har også et eget søkerverktøy (<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>)

skjønn, selv om idealet for ICF-klassifiseringen er ment å være objektivt og nøytralt (Høyem & Thornquist, 2010).

De fleste som får afasi, vil ha tilleggsvansker som virker inn på den språklige rehabiliteringen. ICF har koder som beskriver disse vanskene, som i likhet med afasi, kan forekomme i mindre eller større grad. Det kan være Mentale funksjoner, som for eksempel funksjoner for abstraksjon og begrepsdanning (Høyere kognitive funksjoner), hukommelse, oppmerksomhet, utholdenhet og motivasjon. Redusert funksjon innenfor ett eller flere av disse områdene, vil kunne ha stor innvirkning både på kartlegging og tiltak for denne gruppen.

Emosjoner og psykososiale funksjoner inngår også i mentale funksjoner. Dette vil være særlig relevant når vi skal beskrive følger av afasi. For selv om afasi klassifiseres som en språk- og kommunikasjonsvanske, vil språkvanskene få psykososiale følger ettersom vi bruker språket til å kommunisere og ha fellesskap med andre mennesker (Brumfitt, 2010). Den afasirammedes opplevelse av seg selv vil også være endret, som oftest i negativ retning. Redusert selvbilde vil ha innvirkning på velvære og livskvalitet, og mange afasirammede vil føle seg mer utrygge og deprimerte, og de vil ofte trekke seg mer tilbake fra sosialt liv (Brumfitt, 2010).

Andre vansker som kan forekomme etter en skade i venstre hjernehalvdel, er høyresidige lammelser (pareser), synsvansker, utføringsvansker (apraksi), spise- og svelgevansker (dysfagi) og nedsatt funksjon i taleorganene (dysartri). Ettersom de fleste mennesker er høyrehendte, vil lammelser i høyre arm kunne medføre at den afasirammede må skifte skrivehånd, noe som er en komplisert innlæringsprosess, og som kommer i tillegg til de afatiske skrivevanskene. Mange opplever også synsvansker, for eksempel nedsatt sidesyn (høyresidig homonym anopsi), som gjør leseprosessen ekstra besværlig. Utføringsvansker (apraksi) gjør at personen har problemer med å utføre vanlige handlinger, til tross for normal kraft og følelse i muskulaturen. Noen kan ha taleapraksi, det vil si vansker med å utføre bevegelser med muskulatur i taleapparatet raskt og i riktig rekkefølge til tross for at det ikke foreligger noen muskelsvekkelse. Mange har også dysfagi, særlig i akuttfasen, noe som gjør det vanskeligere å spise og drikke. Dysartri kan også forekomme slik at artikulasjonen blir mer upresis, og stemmen svak eller hes på grunn av nedsatt muskelfunksjon og kontroll i taleapparatet (Murdoch, Ward & Theodoros, 2000).

#### *Afasi og kroppsstrukturer*

Kroppsstrukturer er de anatomiske deler kroppen, og av de åtte domene innenfor dette området, vil strukturer tilhørende kretsløpssystemet og Nervesystemets strukturer være de første strukturene som rammes ved en skade i hjernen. Ved et hjerneslag skjer dette på grunn av en svikt i blodtilførselen til hjernen (blodpropp), eller blødning i hjernen, som igjen vil kunne få følger blant annet for Stemme- og taledannende strukturer og Bevegelsesapparatets strukturer. Disse strukturene kan være affisert i ulik grad.

#### *Afasi - aktivitet og deltakelse*

I følge WHO (2001) er *aktivitet* menneskets utførelse av oppgaver og handlinger, mens *deltakelse* er å engasjere seg i en livssituasjon. Dette emneområdet er delt inn i ni domener. Når en person får afasi, vil dette ha stor innvirkning blant annet på for eksempel Læring og kunnskapsanvendelse, Kommunikasjon og Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner. Kommunikasjon har fått en relativt stor plass i ICF, med beskrivelser både av språkforståelse

(tale- og kroppsspråk), språkproduksjon, i tillegg til at samtale- og kommunikasjonsteknikker også er definert (WHO, 2001).

Når et menneske får afasi, vil det få omfattende konsekvenser for aktiviteter som vi vanligvis tar for gitt; mange afasirammede kan for eksempel ikke delta aktivt i en samtale med flere mennesker, lese aviser som før og formulere seg skriftlig. De fleste er ikke i stand til å fortsette i jobben sin, og de mister dermed de sosiale kontaktene de hadde der. Innenfor området aktivitet og deltakelse blir det derfor viktig å kartlegge på hvilke måter afasien utgjør en barriere for den enkeltes muligheter til å utføre hverdagsaktiviteter og delta på lik linje med andre i samfunnet. Dette må gjøres i samarbeid med brukeren, og fra WHO's side (WHO, 2001) er intensjonen at han eller hun skal være en aktiv samarbeidspartner i vurderingen av sin egen funksjon, og også delta aktivt når det gjelder å bestemme mål for rehabiliteringen. Dette er også i tråd med Stortingsmelding nr. 21 (1998-99), også kalt Rehabiliteringsmeldingen, som fastslår at målet for rehabilitering er *deltaking sosialt og i samfunnet*. Med fokus på mennesker med afasi innebærer det at den kartleggingen som gjennomføres, og de tiltak som settes i verk, skal hjelpe dem til å oppnå størst mulig grad av selvstendighet, produktivitet og livsglede.

#### *Afasi og miljøfaktorer*

Dette domenet omfatter de fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelser hvor en person eksisterer og utfolder sitt liv. De fem miljøfaktorene omfatter blant annet Produkter og teknologi og Støtte og sosialt nettverk. De skal kodes slik at det skal fremme aktivitet og deltakelse for det enkelte menneske (Birkenes, 2007).

Her vil det blant annet være av stor betydning å se på hvilke konsekvenser afasien hos et familiemedlem har fått for samspeilet innen familien. Mange pårørende gir uttrykk for at også livet deres ble forandret den dagen en av deres nærmeste fikk afasi (Ringdal, 2003). De erfarer at familiestrukturen har endret seg, og det har blitt en ny rolle- og ansvarsfordeling i familien. Det blir derfor viktig å kartlegge hvilke ressurser som finnes i det sosiale nettverket, slik at både den afasirammede og de pårørende får en best mulig livssituasjon.

#### **METODE**

Resultatene som presenteres i denne artikkelen er basert på analyser av kodede tekstsegmenter – med utgangspunkt i ICFs kodesystem - fra utredningsrapporter ved Bredtvet kompetansesenter. Utvalget består av 30 rapporter om personer med afasi. Rapportene ble valgt ut av ansatte ved kompetansesenteret. Intensjonen var å analysere rapportenes innhold uavhengig av formål og form. Utvalget av rapporter ble derfor valgt uten spesifikke kriterier fra prosjektstart (2007) og bakover i tid til et tilstrekkelig utvalg av rapporter for analyse var oppnådd. Materialet består således av kodede tekstsegmenter fra 30 rapporter fra 1990 og frem til 2007. Det er mange ulike instanser som ber om utredning av personer: logopeder, voksenopplæringsentre, spesialpedagogiske sentre, PPT, opplæringsansvarlige i kommuner og leger. Innholdet i rapporten vil således kunne variere etter hva slags utredning henvisende instans eller person har bedt om. At innholdet kan variere avhengig av bestillingen til henvisende instans, utgjør et viktig forbehold for de konklusjoner som trekkes for eksempel i forhold til i hvor stor grad ICFs emneområder er representert. En annen viktig grunn til at innholdet i rapportene varierer noe, er at enkelte rapporter er skrevet ut fra at personen har vært til utredning i fem dager, mens andre er skrevet ut fra at brukeren har deltatt i undervisningsopplegg over lengre tid. Rapportenes lengde varierer også fra den korteste på 46 linjer til den lengste på 247 linjer. Det er altså variasjon i hvem som har bestilt utredningen,

hva man har bedt om utredning for, hvor lang tid personene har vært til utredning, og hvor omfattende utredningene er.

Rapportene ble kodet av en masterstudent ved ISP under veiledning av forfatter Steinar Theie fra Institutt for spesialpedagogikk.<sup>3</sup> Både beskrivelser av funksjon, funksjonshemming og miljø samt tiltak som foreslås i rapportene, ble kodet. I denne artikkelen blir imidlertid ikke analysen av tiltak behandlet. Den kvalitative analysen ble gjort med bruk av en kombinasjon av elektronisk søkerverktøy for ICF – ICF-Browser (KITH, 2004)<sup>4</sup> og analyseprogrammet NUD\*IST for kvalitative data<sup>5</sup>. ICF-Browser ble brukt til å søke etter aktuelle ICF-koder for relevante tekstsegmenter i rapportene. Dette effektiviserte prosessen med å finne aktuelle ICF-koder siden dette verktøyet gir mulighet for å søke etter ord og uttrykk som finnes i rapportene, eller som forsker mener er relevante. Browseren henter frem de ICF-koder, hvor det man søker etter finnes i innholdet i koden eller beskrivelsen av den. Denne prosessen er langt mer tidkrevende og mindre presis og reliabel hvis man skulle bruke den trykte ICF-manualen (KITH, 2003). ICF-manualen beskriver hele ICFs klassifikasjonssystem, noe som er svært omfattende og vanskelig å ha en full oversikt over. Alle anonymiserte rapporter ble skannet og konvertert til rene tekstfiler før de ble lastet inn i NUD\*IST. I NUD\*IST ble rapportene deretter kodet med de koder som var funnet ved hjelp av ICF-Browseren. I NUD\*IST ble ICF-kodene organisert hierarkisk (i det som i NUD\*IST omtales som tre-noder) slik at analysen korresponderte med strukturen i ICF.

Selve kodingsprosessen besto av en teoretisk styrt og strukturert temakoding (Richards, 2009) hvor de enkelte noder man brukte utelukkende var hentet fra ICF. Tolkningen av innholdet i teksten som ble kodet kunne i enkelte tilfeller by på utfordringer i forhold til å fastsette riktig ICF-kode (Bertelsen & Olsen, 2007; Birkenes, 2007; Duhme, 2008). Dette var særlig fremtredende i tilfeller hvor teksten i rapportene ikke ga tilstrekkelig informasjon til at en entydig koding var sikker (Birkenes, 2007). En årsak til at kodingen i enkelte tilfeller kunne være gjenstand for ulike tolkninger, kan være at ingen av rapportene var skrevet med basis i ICFs kodesystem. Tekstsegmenter kan derfor ofte overlape hverandre eller ikke innholde de beskrivelsene som kreves for å tolke segmentet ut fra en spesifikk ICF-kode. Selv om det i enkelte tilfelle kan diskuteres hvor valid og reliabel tolkninger er, så er imidlertid en hovedkonklusjon fra prosjektet at ICF er et nyttig og anvendelig system for å beskrive personer og deres kontekst (Theie, 2008).

#### FOREKOMST OG OMFANG AV ICF-KODER SOM ER BRUKT

De 30 rapportene inneholder et stort antall ICF-koder. Totalt er det benyttet 142 koder (tab. 1).

Tabell 1. Antall ICF-koder brukt til å beskrive funksjon og funksjonshemming fordelt på emneområder

Domene/Emneområde	N	%
Kroppsfunksjoner	64	45.1
Kroppsstrukturer	6	4.2
Aktiviteter og deltakelse	52	36.6
Miljøfaktorer	20	14.1
Totalt	142	100.0

<sup>3</sup> En fylldig oversikt over rapportene og metode er gjort av Birkenes (2007).

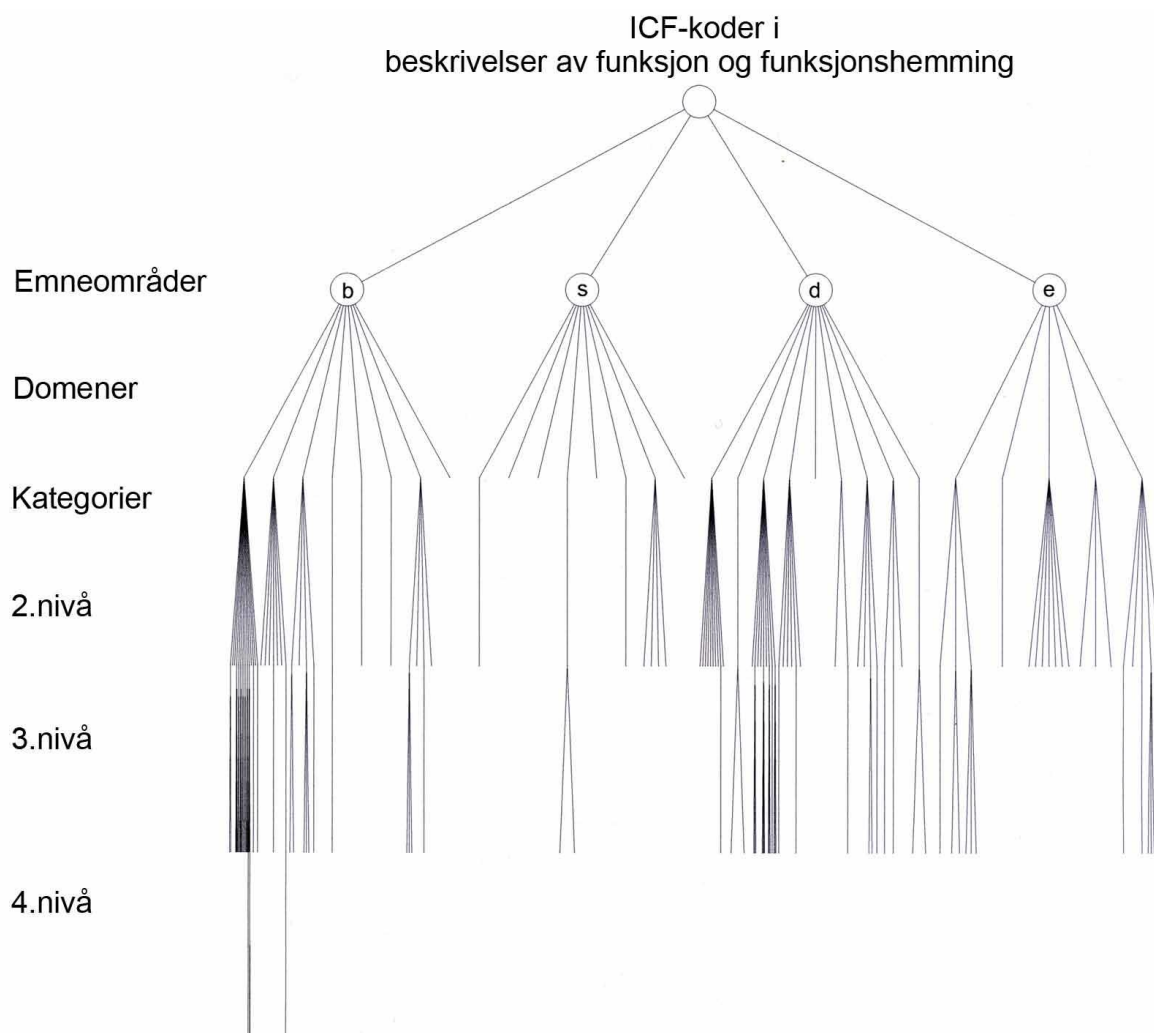
<sup>4</sup> Søkerverktøyet baserer seg på ICF (WHO, 2001). ICF erstattet ICIDH (WHO, 1980). Det er nå utviklet en utvidet versjon av ICF – ICF Children and Youth Version (WHO, 2007), som består av ICF fra 2001 samt nye kategorier for barn og ungdom. ICF CY var ikke tilgjengelig da data fra prosjektet ble analysert.

<sup>5</sup> NUD\*IST (versjon 6) er utviklet av QSR International (QSR, 2004). I dag er programmet erstattet med NVivo 8 (QSR, 2008).

Det er imidlertid stor spredning i hvilke emneområder som vektlegges i rapportene. Det er desidert flest ICF-koder knyttet til Kroppsfunksjoner (45.1 %) og Aktiviteter og deltakelse (36.6 %). Ser vi på de enkelte emneområdene og hvordan de enkelte hovedkategoriene er brukt, avtegner det seg et interessant bilde (fig.1) (Birkenes, 2007).

Figur 1 viser at jo flere kategorier som er brukt innenfor de enkelte emneområdene, desto mørkere vil feltet være. Manglende linjer vil da vise ubrukte kategorier innenfor emneområdet. Figuren viser også grad av detaljeringsnivå (omtalt som nivå 2, 3 og 4 i figuren). Jo lengre linjene er, desto mer detaljerte ICF-koder er brukt. Birkenes (2007, s. 44) oppsummerer hovedtrekkene i figuren som følger:

”Aktivitet og deltagelse (d) er beskrevet med et ganske bredt spekter av kategorier, og på et ganske detaljert nivå (3. nivå). Kroppsfunksjoner (b) er beskrevet med mange koder og særlig på ett domene, hvor det er brukt ICF-koder på et høyt detaljnivå (4. nivå). Samtlige domener under Miljøfaktorer (e) er beskrevet, men i liten grad på 3. nivå. Kroppsstrukturer (s) er minst representert.”



Figur 1. Oversikt over hvordan ICFs 4 emneområder med underliggende domener og kategorier er representert i beskrivelser av funksjon og funksjonshemming (b = kroppsfunksjoner, s = kroppsstrukturer, d = aktiviteter og deltakelse og e = miljøfaktorer)

## Kroppsfunksjoner

Innenfor emneområdet Kroppsfunksjoner er det kategorien Mentale funksjoner (b1)<sup>6</sup> som desidert oftest forekommer. I ICF er Mentale funksjoner omtalt som ”både overordnede mentale funksjoner, som bevissthet, energi og handlekraft - og spesifikke mentale funksjoner, som hukommelse, språk og regning” (KITH, 2003 s. 48). Av de 64 ICF-kodene som er brukt i rapportene (tab. 1), er hele 39 (61 %) innenfor kategorien Mentale funksjoner (b1). Etter Mentale funksjoner følger Stemme- og talefunksjoner (b3) med 8 ICF-koder (13 %), Nerve-, muskel-, skjelett- og bevegelsesfunksjoner med 7 ICF-koder (11 %) og Sansefunksjoner og smerte (b2) med 6 ICF-koder (9 %).

Det er fem hovedområder innenfor mentale funksjoner som utmerker seg. Ikke uventet er det beskrivelser knyttet til språkfunksjoner som oftest blir brukt. Dette handler om å Oppfatte talespråk (b16700) og å Oppfatte skriftspråk (b16701). Det er også naturlig nok mange beskrivelser knyttet til det å Uttrykke talespråk (b16710). Videre er det mange beskrivelser knyttet til det som i ICF defineres som Integreerte språkfunksjoner (b1672). Dette er beskrevet som ”mentale funksjoner som organiserer semantisk og symbolsk mening, grammatisk struktur og idéer for å frembringe meldinger med tale, skrift eller andre former for språk” (KITH, 2003 s. 58). Disse språkfunksjonene vil jo svært ofte være en del av selve problemområdet når det gjelder mentale og intellektuelle funksjoner. I tillegg til beskrivelser som går direkte på språkfunksjoner, er det også mange beskrivelser knyttet til Motivasjon (b1301), som i denne sammenhengen er definert som ”mentale funksjoner som gir tilskyndelse til handling, den bevisste eller ubevisste drivkraft for handling” (KITH, 2003 s. 51). Det siste området som utmerker seg særlig er Hukommelsesfunksjoner (b144), og da spesielt Fremhenting av minne (b1442). Selv om dette er de mest benyttede ICF-kodene, er det altså likevel brukt hele 39 ICF-koder totalt knyttet til mentale funksjoner (tab. 1). Antall ganger kodene er benyttet varierer fra 1 gang til 45 ganger (Birkenes, 2007).

Svært mange av beskrivelsene som knytter seg til kroppsfunksjoner, baserer seg på bruk av testresultater. Dette er å forvente siden hovedtyngden av beskrivelsene handler om språklige funksjoner. Beskrivelsene fremstår likevel noe forskjellig fra beskrivelser med enkle vurderinger, kommentarer eller tolkninger av testresultater, til mer åpne vurderinger basert på klinisk skjønn (som ikke så tydelig baseres på konkrete testresultater). Et eksempel på en *beskrivelse med enkle vurderinger* er hentet fra rapport a12<sup>7</sup> og ICF-koden Oppfatte skriftspråk (b16701):

- 1 ”Evnen til lesing og skrivning er kun overfladisk utforsket. På leseforståelse skårer
- 2 xx 8/13 på NGA og 25/40 på AST. Det er særlig gjenkjennings- og matchings-
- 3 oppgaver på bokstav- og ordnivå som fungerer bra. Forståelsen for skriftlig
- 4 materiale på ordnivå, men spesielt setningsnivå, er sårbar. På forståelsen av
- 5 skrevne verb (VOST1, utført skriftlig) skårer han imidlertid 30/40.”

Her legges det inn enkle vurderinger i linje 3 og 4 tilknyttet konkrete testskårer for personen. Ofte kan det også forekomme presentasjon av testresultater hvor man også forklarer selve testoppgaven (a16, ICF-kode Oppfatte talespråk (b16700)):

- 1 ”På deltesten Setningsforståelse på VOST får testpersonen høre en setning og
- 2 skal velge blant fire bilder det som passer for setningen. Den inneholder
- 3 passivsetninger, setninger med objektfokusering (Det er gutten jenta bærer),

<sup>6</sup> Bokstaver og tall i parentes henviser til koden i ICF-manualen.

<sup>7</sup> I det følgende vil referering til rapporter bli gjort ved bokstaven ”a” (for afasi) og et tall som representerer den fortløpende registreringen av rapporten i NVivo.

- 4 aktivsetninger med subjektfokuseringer (Det er jente som bærer gutten).
- 5 Dessuten har hver oppgave bilder av en helt annen handling, leksikale
- 6 distraktorer. Testen viser at objektfokuseringen er vanskelig for xx, da han bytter
- 7 om på rollene i 5/10 tilfeller. Ved setninger med subjektfokusering og passive
- 8 setninger gjentar han ofte setningen for seg selv i aktiv før han velger bilde: Det
- 9 er mannen som bærer damen – mannen bærer damen.”

I linje 1-5 forklares testen, og også dens oppbygning, til dels inngående, i linje 6-7 kommer en tolkning av et konkret testresultat, og i linje 7-9 følger en klinisk tolkning som ikke viser til testskåre, av hvordan xx arbeider seg frem til en løsning. Det finnes også eksempler på tolkninger og omtale av tester uten at spesifikke testresultater nevnes (a21, ICF-kode Oppfatte talespråk (b16700):

- 1 ”Tester og språklige oppgaver viser dessuten at xx har spesifikke vansker med
- 2 sammensatte logisk-grammatiske setningskonstruksjoner som vi bruker for å
- 3 uttrykke forskjellige relasjoner (forhold og sammenligninger i rom, retning, sted
- 4 osv.). Vi antar at xx i noen situasjoner kan forveksle eller misforstå innholdet i
- 5 slike setningskonstruksjoner.”

I linje 1-3 refereres det til konklusjoner fra en test som så kommenteres i form av mulige konsekvenser funnene kan ha for personen. Av og til forekommer det også rene kliniske observasjoner og vurderinger (a7, ICF-koden Uttrykke talespråk (b16710):

- 1 ”Spontansamtalen består av fullstendige setninger og har stort sett et flytende
- 2 talepreg, men av og til oppstår litterale parafasier, dvs. forvekslinger/utelatelser
- 3 av enkelte språklyder, spesielt konsonanter i konsonantrike ord.”

Rapportutsnittet beskriver konkrete observasjoner som er gjort og uten basis i tester. Kliniske observasjoner følges imidlertid ofte av kliniske tolkninger (a29, ICF-koden Oppfatte talespråk (b16700):

- 1 ”Klienten har gjort markert framgang innen det språklige funksjonsområdet. XX
- 2 er nå sikrere ved utpeking av kroppsdelene, men har fortsatt problemer med å
- 3 utføre flerleddet instruksjon. I samtale med klienten oppstår små misforståelser,
- 4 f.eks. når hun blir spurt om å forklare hvilket transportmiddel hun skal bruke for
- 5 å komme seg fra Oslo til z svarer hun hvordan hun skal reise fra jernbanestasjon
- 6 og hjem til seg selv.”

Rapporten starter opp med en generell vurdering av fremgang (linje 1), som fremstår som en tolkning. Dette fortsetter også i linje 2, hvor konklusjonen er tydeligere basert på klinisk observasjon. Dette fortsetter i linje 3 hvor begrunnelsen for konklusjonen om hennes problemer, gis i linje 3-6.

Beskrivelsene av kroppsfunksjoner i rapportene fremstår med andre ord forskjellig selv om hovedtyngden av vurderingene er basert på testresultater. Dette er et forventet resultat siden rapportene ikke er basert på en felles mal. Spørsmålet blir om ICF-systemet kan være et fruktbart utgangspunkt for rapportering. Mye tyder på at dette er et relevant spørsmål (Theie 2009), og at ICF kan være egnet som referanseverk også mer generelt innenfor det spesialpedagogiske fagområdet (Theie, 2008).



## Kroppsstrukturer

Det er få beskrivelser av emneområdet Kroppsstrukturer i rapportene (tab. 1). Bare 6 ICF-koder er benyttet. Hovedtyngden av beskrivelsene er knyttet til funksjonaliteten til armer og ben (s730 og s750). Birkenes (2007) stiller også spørsmål om hvorfor ikke det er flere beskrivelser knyttet til Hjernens struktur (s110) siden afasi er en følge av hjerneslag eller annen skade i hjernen. For det spesialpedagogiske fagområdet vil det for eksempel være av betydning å ha kunnskap om realismen i å trene opp funksjoner, eller om det bør satses på kompensierende tiltak. Kunnskap om kroppsstrukturer knyttet til hjernen til personer med afasi vil derfor kunne gi verdifull informasjon både om hva som bør kartlegges og på hvilken måte, og derigjennom gi viktig supplerende informasjon i vurderingen av hvilke tiltak som bør iverksettes. Innvendingene mot i større grad å vektlegge beskrivelser av for eksempel hjernens struktur vil være at dette neppe i stor grad vil hjelpe de som i praksis skal tilrettelegge for et godt opplærings og rehabiliteringstilbud. I en tverrfaglig sammenheng og for å skape en helhetlig beskrivelse av personen og personens funksjonsnivå, vil det imidlertid være en styrke med en noe mer omfattende beskrivelse av kroppsstrukturer. ICF-koden Hjernens struktur (s110) er bare benyttet 8 ganger i 8 rapporter, og Kretsløpssystemets struktur (s410) er brukt 11 ganger i 11 rapporter. For begge disse kodene er beskrivelsene meget korte og lite informative. Rapportene er kodet med disse kodene som regel fordi ordet hjerneslag eller pareser er nevnt.

Når det gjelder hjernens struktur, vil det imidlertid være mulig med ganske informative og detaljerte koder som for eksempel Hjernelappens struktur (s1100), Midthjernens struktur (s1101), Mellomhjernens struktur (s1102), Basalgangliene og tilhørende strukturer (s1103) og Hjernenervenens struktur (s1106). Mye av den informasjon som knyttes til disse kategoriene vil være avhengig av hvilke informasjon leger gir, for eksempel i sine henvisninger. Ofte er imidlertid henvisningene vage og kan for eksempel bare gi informasjon om at personen har hatt hjerneslag uten at dette er spesifisert. Bredtvet foretar heller ikke medisinske utredninger (slik som det for eksempel gjøres ved Sunnaas sykehus). Det er derfor logisk at man pr. i dag vektlegger medisinske vurderinger i mindre grad. Det er imidlertid viktig å diskutere hvordan slike vurderinger kan komme inn i en helhetsvurdering, og i hvor stor grad kompetansesenteret bør rapportere om dette – for eksempel i samarbeid med henvisende medisinsk fagpersonell.

## Aktiviteter og deltakelse

Beskrivelser knyttet til Aktiviteter og deltakelse er særlig knyttet til Kommunikasjon (d3) og Læring og kunnskapsanvendelse (d1). Læring og kunnskapsanvendelse beskrives som ”å lære, anvende tillært kunnskap, tenke, løse problemer og treffe beslutninger” (KITH, 2003 s. 115). Av de 52 ICF-kodene (tab. 1) som er brukt, er 20 ICF-koder (38 %) knyttet til Kommunikasjon og 11 (21 %) til Læring og kunnskapsanvendelse. Afasi er ofte en omfattende tilstand som berører en mengde funksjoner og områder, i tillegg til kommunikasjonsevne og språk. En rekke av disse områdene er beskrevet i emneområdet Aktivitet og deltakelse – blant annet Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner (d7), Hjemmeliv (d6), Samfunnsliv og sosiale relasjoner (d9) og Egenomsorg (d5)<sup>8</sup>. Man kan derfor reise spørsmål om ikke utredningene i større grad burde omfatte også disse områdene, som utgjør viktige kontekstfaktorer for kommunikasjon og språklige aktiviteter. Det er for eksempel ingen beskrivelser i rapportene knyttet til Egenomsorg og svært få til Hjemmeliv.

<sup>8</sup> For en nærmere beskrivelse av de ulike ICF-kategoriene henvises til papirmanualen til ICF (KITH, 2003) eller til ICF-søkerverktøy (KITH, 2004), som gratis kan lastes ned fra [www.kith.no](http://www.kith.no).

Det er benyttet bare 5 ICF-koder (10 %) knyttet til Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner, som jo er et område som er direkte knyttet til afasi. Som nevnt så presenteres det ikke en analyse av tiltak i denne sammenheng. Det er imidlertid viktig å peke på at det ofte forekommer beskrivelser av tiltak knyttet til for eksempel Læring og kunnskapsanvendelse (d1) og Kommunikasjon (d3) i de tiltakene som foreslås. I et spesialpedagogisk perspektiv er det jo sentralt å fokusere nettopp på opplæring, noe som ofte vil falle inn i beskrivelser av tiltak.

Innenfor læring og kunnskapsanvendelse er det særlig det å *repetere* på ulikt vis, som utpeker seg gjennom ICF-kodene Gjøre etter (d130) og Innøving (d135). Innøving er forstått som ”gjentagelse av en sekvens av hendelser eller symboler som en grunnleggende læremåte, som ved å telle ti og ti om gangen eller øve på opplesing av et dikt” (KITH, 2003 s. 115). Andre koder som er hyppigst brukt, er Lese (d166), Lære å lese (d140) og Lære å skrive (d145). Ser vi på området kommunikasjon, så er det først og fremst beskrivelser knyttet til aktiviteten å uttrykke språk gjennom Tale (d330) og Ytre seg med kroppsspråk (d3350), som dominerer.

Mange av beskrivelsene knyttet til det å gjøre etter (d130) omhandler testresultater, men det forekommer også en del kliniske vurderinger. I rapport a17 er det et eksempel på beskrivelser basert på testresultater:

- 1 ”Gjentakelse, benevnning og ordmobilisering: Skåre på AST stavedel (B1-B11) er
- 2 33 av 55, mens den på språkdelen (B12-B17) er 27 av 30.”

Et annet eksempel er hentet fra rapport a20:

- 1 ”XX har god evne til å imitere gester (10/10)”

Et eksempel på en klinisk vurdering er hentet fra rapport a26:

- 1 ”XX kan gjenta enkeltord relativt greit, men lengre ord blir litt vanskeligere.
- 2 Derimot faller det vanskelig for ham å gjenta setninger, selv om de er ganske
- 3 korte.”

Når det gjelder beskrivelser knyttet til ICF-koden Innøving (d135), er mange av dem koblet til trenings- og øvings situasjoner. Ingen av beskrivelsene er for eksempel knyttet til testresultater. Et eksempel på en beskrivelse av en treningssituasjon hvor kliniske vurderinger inngår, er hentet fra rapport a3:

- 1 ”I timene hos logoped lokalt har trening på viljestyrt uttalelse av lyder og
- 2 sammensetning av lyder vært spesielt vektlagt, og klienten har etter hvert fått til
- 3 en del lyder og satt dem sammen til enkelte ord, som ”male”, ”same”, ”lama”.
- 4 Det krever stor anstrengelse, og han er stort sett avhengig av å se på
- 5 munnstilling til samtalepartner for å få dette til. Klienten har vært meget
- 6 motivert for å øve, men til tross for intensiv trening synes det å være langt frem
- 7 til funksjonell tale.”

Selve treningssituasjonen beskrives i linje 1-3. I linje 4 og 5 beskrives treningssituasjonen som også inneholder en vurdering (”det kreves store anstrengelser”). Linje 6 og 7 består av kliniske vurderinger både av personens motivasjon og mulighet for progresjon i språk/taleutviklingen.

## Miljøfaktorer

Beskrivelser knyttet til miljøfaktorer, omfatter totalt 20 ICF-koder (tab.1). 3 kategorier peker seg ut. Støtte og sosialt nettverk (e3) med 6 ICF-koder (30 %), Produkter og teknologi (e1) med 5 ICF-koder (25 %) og Tjenester, systemer og strategier for tiltak (e5), også med 5 ICF-koder (25 %). Kategorien Støtte og sosialt nettverk er mest benyttet (hele 52 ganger mot 21 innenfor Produkter og teknologi og bare 6 ganger innenfor Tjenester, systemer og strategier for tiltak). Innenfor Støtte og sosialt nettverk er det klart fokus på beskrivelser av forhold knyttet til personer i den Nærmeste familie (e310) og Helsepersonell (e355). Det er imidlertid få beskrivelser knyttet til Venner (e320).

Det generelle bildet er at miljøfaktorer vektlegges i liten grad i rapportene. Afasi vil ofte representere en tilstand som har et sammensatt bilde både med hensyn til individuelle faktorer, aktiviteter og miljøbetingelser. Grovt sett kan de ICF-kodene som er brukt deles inn i to kategorier: (1) koder som omfatter materiell og teknisk hjelp og (2) koder som omfatter nærpersoner. Dette er logisk siden personer med afasi ofte vil være avhengig av ulike typer støttetjenester og materiell hjelp, og relasjoner til andre vil ofte bli sterkt påvirket gjennom personens reduserte kommunikasjonsevne og eventuelle andre tilleggsvansker (som for eksempel lammelser). Det er derfor positivt at rapportene inneholder beskrivelser knyttet til disse områdene, men det er noe kritisk at omfanget er så lavt. Det burde for eksempel vært flere beskrivelser knyttet til relasjonen til venner.

Ser vi på selve beskrivelsen knyttet til Nærmeste familie (e310), er det tre forhold som peker seg ut. For det første er beskrivelsene meget korte. Dette gjør at de får redusert informasjonsverdi. For det andre er de ofte knyttet til at nærmeste familie, og da gjerne ektefelle, var med, enten på oppholdet ved kompetansesenteret, eller i enkelte konsultasjoner eller treningssituasjoner. For det tredje kan det rett og slett bare være omtaler at man har ektefelle og barn. Det finnes imidlertid også beskrivelser som gir viktig informasjon som kan være til god hjelp, i for eksempel tilrettelegging av tiltak. Et eksempel er hentet fra rapport a8:

- 1 "... er aktiv og foretaksom – går bl.a. daglige turer sammen med sin kone, som
- 2 for øvrig er til god hjelp og støtte for ham."

Et annet eksempel som omtaler både at ektefelle var med på oppholdet ved kompetansesenteret, og at dette var nyttig er hentet fra rapport a18:

- 1 "Ektefellen deltok under hele oppholdet, noe som var av positiv betydning.
- 2 Ektefellen synes å ha vært en uvurderlig støtte og hjelp i forholdet til xx's
- 3 språklige rehabilitering hittil."

Beskrivelsene knyttet til Helsepersonell (e355) er i likhet med beskrivelser knyttet til Nærmeste familie (e310), også korte og handler om at ulike helsepersoner har vært til stede under utredningen, eller at personen er i et definert rehabiliterings- eller opplæringstilbud. Beskrivelser knyttet til Produkter og teknologi (e1) er i det vesentlige knyttet til bruk og introduksjon av dataprogrammer og bruk av PC (ICF-koden Hjelpemidler og tilpasset teknologi for utdanningsformål (e1301)). Ofte er beskrivelsene omfattende og informative. Et eksempel på dette er hentet fra rapport a18:

- 1 "Utprøving av pedagogisk programvare: Det ble raskt tydelig at en del av de
- 2 læringsoppgaver som nå er passende for xx, er tilgjengelig på pedagogisk
- 3 programvare. XX ser ut til å være svært motivert for å benytte datamaskin med
- 4 pedagogisk programvare som en del av sin språklige rehabilitering. I løpet av

5 oppholdet har xx blitt presentert for følgende programvare: BRA, Lærebok for  
6 voksne, Ord og bilde.”

Beskrivelsen fortsetter:

7 ”Annen programvare som vil kunne være relevant, er: Ordlek 1 og 2 samt Ordlek  
8 verktøy, Programsnekker’n. Her kan oppgaver utformes som er tilpasset den  
9 enkelte. Disse programmer ble xx imidlertid ikke presentert for ved senteret.”

Det er her gjort en vurdering av at de læringsoppgaver som man er kommet frem til, også finnes som programvare (linje 1-2) og at dette vil passe xx meget bra siden han er svært motivert for å bruke datastøttet rehabilitering (linje 3-4). Så er det også en beskrivelse av hva som faktisk er prøvd ut under oppholdet (linje 5-6), noe som gir verdifull informasjon til for eksempel det lokale hjelpeapparatet. Det gis også tips til annen relevant programvare, selv om disse programmene ikke har vært gjenstand for utprøving under utredningsoppholdet (linje 7-9).

Beskrivelsene når det gjelder miljøfaktorer, er som nevnt knyttet til få ICF-koder. *Eksempler* på andre ICF-koder som ville kunne bidra til en mer omfattende og også mer presis utredning av totalsituasjonen til personer med afasi, kan være beskrivelser knyttet til Bekjente, likemenn, kolleger, naboer og medlemmer av nærsamfunnet (e325) og Andre personer enn familie, venner og helsepersonell som yter personlig omsorg og hjelp (e340). Videre vil holdninger til relevante personer kunne være sentrale i en utredning (til familie, venner, helsepersonell m.m.). I ICF er dette definert som ”allmenne og særskilte oppfatninger og overbevisninger .....om personen eller om andre spørsmål (som sosiale, politiske og økonomiske temaer) som påvirker individuell atferd og handlinger” (KITH, 2003 s. 174). Det er et helt sett av ICF-koder som spesifikt handler om dette (e410 – e499). Under Produkter og teknologi (e1) vil for eksempel Produkter og teknologi for kommunikasjonsformål (e125) og Produkter og teknologi for sysselsetting (e135) kunne være aktuelle. Under Tjenester, systemer og strategier for tiltak (e510-e599) vil en rekke ICF koder være aktuelle, for eksempel, knyttet til transport (e540) og bolig (e525).

## **DISKUSJON OG KONKLUSJON**

ICF introduserer en ny modell for kartlegging av menneskers utvikling basert på en syntese av en medisinsk forståelsesramme (ofte omtalt som den medisinske modellen) og en sosiale forståelsesramme (ofte omtalt som den sosiale modellen). Den medisinske modellen, som i stor grad baseres på diagnoser og individuelle særtrekk, har vært sterkt kritisert for bl.a. å ikke ta hensyn til relativiteten i den menneskelige tilværelsen gjennom at kontekstuelle og kulturelle faktorer i liten grad vektlegges (se for eksempel Grue, 2006; Engel, 1977; Oliver, 1996; Rutter & Taylor, 2002). Den sosiale modellen har vektlagt de sosiale og samfunnsmessige forholdene og har vært kritisert for å ha for lite fokus på individuelle forutsetninger og dermed først og fremst vært effektiv på samfunnsnivå og ikke individnivå (Grue, 2006). Den har også vært kritisert for å at den ved i liten grad å vektlegge kulturelle faktorer, lett viderefører stereotype forestillinger om funksjonshemmede (Shakespeare, 1994). Videre har den vært utsatt for kritikk for at den kan bli for politisk og mindre fagrettet (Dewsbury, Clarke, Randall, Rouncefield & Sommerville, 2004).

Selv om ICF kan kritiseres for bl.a. sin kompleksitet i praktisk bruk (Høyem & Thornquist, 2010), at den ikke er kulturuavhengig (noe den har som målsetting å være) (Grue, 2006), og at den muligens ikke i avgjørende grad bringer selve funksjonshemmingsbegrepet inn i nye spor (Grue, 2006), så representerer ICF et gjennomtenkt og uprøvd forsøk på å ta i bruk den

kunnskapen vi har om kompleksiteten i menneskers utvikling, som for eksempel Bronfenbrenner (1979) og Bronfenbrenner og Morris (2006) har påpekt, og gjennom det også i kartlegging av mennesker med funksjonshemming; her mennesker med afasi. Problemstillingen i denne artikkelen er hvordan, og i hvilken grad, kan beskrivelsene av språklig funksjon og funksjonshemming i rapporter på afasiområdet presenteres ved hjelp av ICFs klassifikasjonssystem?

En overordnet konklusjon er at ICF kan utgjøre et relevant rammeverk for å beskrive personer med afasi. Dette er også en av konklusjonene til Vik (2004), som omtaler rehabilitering mer generell, tog fra vurderingen av egnetheten til ICF knyttet til afasi (Theie, 2009). Analysen viser at det oftest er knyttet beskrivelser til kroppsfunksjoner i rapportene og i noe mindre grad til aktiviteter og deltakelse. Det er få beskrivelser knyttet til kroppsstrukturer og miljøfaktorer. De ulike beskrivelsene er både knyttet til resultater fra tester og til kliniske observasjoner. Dette er viktig siden ICF ikke representerer et kartleggingsverktøy, men er mer en momentliste for hva man bør vurdere i kartleggingssituasjoner. ICF er ikke ment å erstatte for eksempel utredningsverktøy innenfor f.eks. afasi (Vik, 2004). Naturlig nok er hovedtyngden av beskrivelsene knyttet til språk og kommunikasjon.

Afasi representerer imidlertid svært ofte en omfattende tilstand som rammer også andre funksjoner enn språk og kommunikasjonsevne. Et sentralt tema her er de følger afasi kan få for personens sosiale situasjon - for eksempel til familie, venner og arbeidsfelleskap. Følgene av afasi kan være svært alvorlig m.h.t. kontakten med andre (Brumfitt, 2010). Det er derfor et viktig spørsmål å stille om ikke personens sosiale situasjon i større grad burde vært del av utredningsarbeidet. Likeledes vil faktorer knyttet til andre miljøfaktorer – for eksempel holdninger og det lokale og sentrale serviceapparatet – være relevante områder å trekke inn i kartleggingen. Dette er områder som den sosiale modellen i stor grad vektlegger (Dewsbury et. al., 2004; Grue, 2006; Oliver, 1996). I et tverrfaglig samarbeid vil det også være relevant å etterstrebe noe mer utfyllende beskrivelser av de medisinske forholdene knyttet til kroppsfunksjoner.

Det er imidlertid ofte gode, omfattende og detaljerte beskrivelser knyttet til relevante ICF-koder innfor kroppsfunksjoner og aktiviteter og deltakelse. Sett ut fra et spesialpedagogisk synspunkt, hvor funksjonelle kartlegginger og konkretisering av relevante tiltak er sentralt, er dette meget viktig.

Analysen viser at det er grunn til å hevde at ICF vil kunne være et relevant referanseverktøy i kartlegging av personer med afasi, og at selv om noen områder er svakere beskrevet enn andre i rapportene, så åpner ICF opp for mulighetene til mer systematisk og detaljert kartlegging av områder med stor relevans for livssituasjonen og opplærings situasjonen til personer med afasi. For å forenkle den praktiske bruken av ICF er det utviklet såkalte kjernesett av ICF-koder for området hjerneslag afasi (Birkenes, 2007; Geyh et al., 2004; Høyem & Thornquist, 2010). Problemet med å definere kjernesett er imidlertid at man lett kan komme i en situasjon hvor kjernesettet blir en utredningsnorm, og hvor bredden i kartleggingen og hensyntaken til individuelle kjennetegn, forutsetninger og særtrekk (både for personen og miljøet) ikke blir i tilstrekkelig grad tatt hensyn til. Personer som har afasi representerer personer som nettopp trenger en bred kartlegging, siden afasi ofte vil omfatte alle emneområdene i ICF. En mer funksjonell måte å gjennomføre en kartlegging på - enn bruk av kjernesett - kan derfor være å definere et minimum av områder (eller ICF-koder) som alle som er til kartlegging skal vurderes i forhold til (og i så stor grad som mulig sammen med personen selv og pårørende). Ut over dette kan man supplere med beskrivelser knyttet til ICF-koder som beskriver hver persons unike livs- og opplærings situasjon. En slik kartlegging vil i mindre grad stå i fare for å fungere normativt (noe som jo nettopp ikke er hensikten med ICF). Skal man oppnå en tverrfaglig og tverretattlig

helhetlig og enhetlig kartlegging, kreves det et utviklet system for dette. ICF kan være et slikt system når det gjelder utredning av personer med afasi.

### Referanser

- Berthelsen, M., & Olsen, M.-E. (2007). *Lese- og skrivevansker i et helhetlig perspektiv. En studie av rapporter om lese- og skrivevansker sett i forhold til hovedområdene i ICF*. Upublisert Mastergradsoppgave, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Birkenes, M. R. (2007). *Ett felles språk for deltakelse*. Upublisert Mastergradsoppgave, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. I R. M. Lerner & W. Damon (Red.), *Handbook of Child Psychology* (6 ed., Vol. 1). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Brumfitt, S. (2010). Introduction. I S. Brumfitt (Red.), *Psychological Well-Being and Acquired Communication Impairments* (pp. 1-24). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Dewsbury, G., Clarke, K., Randall, D., Rouncefield, M., & Sommerville, I. (2004). The anti-social model of disability. *Disability & Society*, 19(2), 145-158.
- Duhme, A. (2008). *ICF som rammeverk for utredning og tiltak innenfor fagområdet stemmevansker. En analyse av rapporter fra Bredtvet kompetansesenter*. Upublisert Mastergradsoppgave, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Engel, G. L. (1977). The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Geyh, S., Cieza, A., Schouten, J., Dickson, H., Frommelt, P., Omar, Z., et al. (2004). ICF Core Sets for Stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36(44), 135-141.
- Grue, L. (2006). *Funksjonshemming, retorikk og forståelse*. Oslo: Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne.
- Høyem, A., & Thornquist, E. (2010). Et kritisk blikk på ICF - måleverktøy og forståelsesmodell. *Forskning* (1), 46-53.
- Kagan, A., Simmons-Mackei, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, M. E., McEven, S., et al. (2008). Counting that counts. A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*, 22(3), 258-280.
- KITH (2003). *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Trondheim: Aktietrykkeriet i Trondhjem.
- KITH (2004). *ICF Søkerverktøy (Version v 2.0)*. Trondheim: KITH.
- Lønneberg, C., & Jensen, L. R. (2007). Rehabilitering av afasiramte med ICF-modellen som referenceramme. *Fokus*(2), 14-15.
- Murdoch, B. E., Ward, E. C., & Theodoros, D. G. (2000). Dysarthria: clinical features, neuroanatomical framework and assessment. I I. Papathanasiou (Red.), *Acquired neurogenic communication disorders. A clinical perspective* (pp. 103-148). London: Whurr Publishers.
- Oliver, M. (1996). Defining impairment and disability: Issues at stake. I C. Barnes & G. Mercer (Red.), *Exploring the Divine* (pp. 29-54). Leeds: The Disability Press.
- QSR (2004). *NUD\*IST 6 (Version 6)*. Doncaster: QSR International.
- QSR (2008). *NVivo 8 (Version 8)*. Doncaster: QSR International.
- Reinvang, I. (1978). *Afasi. Språkvansker etter hjerneskode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reinvang, I., & Sundet, K. (1988). *Afasi når språket svikter*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Richards, L. (2009). *Handling qualitative data. A practical guide* (2 ed.). London: Sage Publications.
- Ringdal, B. (2003). *Pårørerende i fokus*. Oslo: Novus forlag.

- Rutter, M., & Taylor, E. (2002). *Classification: Conceptual Issues and Substantive Findings*. Fourth Edition. I M. Rutter & E. Taylor (Red.), *Child and Adolescent Psychiatry* (4 ed.). Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Shakespeare, T. (1994). Cultural Representation of Disabled People: dustbins for disavowal. *Disability & Society*, 9 (3), 283-299.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*. St.meld. nr. 21 (1998-99). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Theie, S. (2008). ICF i spesialpedagogisk arbeid - eksemplifisert gjennom det logopediske fagområdet. *Norsk Tidsskrift for Logopedi*, 2, 5 -12.
- Theie, S. (2009). ICF i spesialpedagogisk rapportering - hvor anvendelig er ICF som klassifikasjons og rapporteringssystem for afasi, stemmevansker og dysleksi. *Norsk Tidsskrift for Logopedi*, 4, 8.
- Tøssebro, J. (2009). Innledning - norsk forskning om funksjonshemming. I J. Tøssebro (Red.), *Funksjonshemming - politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vik, K. (2004). ICF - en felles modell og et felles språk i rehabilitering. I L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget.
- WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF online. <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/> Lesedato 31.05, 2010
- WHO (1980). *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*. Genève: WHO.
- WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Genève: WHO.
- WHO (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*. Genève: WHO.
- WHO (2006). *ICD-10 - den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer: systematisk del, alfabetisk indeks, opplæring*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- WHO (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version*. Genève: EHO.