

# Ett felles språk for deltagelse

*Afasiutredning i lys av ICF*

**Mette Ruud Birkenes**



Masteroppgave ISP/UIO

UNIVERSITETET I OSLO

31.05.2007

# Sammendrag

## 1. Tittel:

Ett felles språk for deltagelse  
Afasiutredning i lys av ICF

## 2. Bakgrunn og formål:

Denne undersøkelsen er en del av prosjektet "ICF i spesialpedagogisk klinikk" som er et samarbeid mellom Bredtvet kompetansesenter og Institutt for spesialpedagogikk ved Universitet i Oslo. ICF er en forkortelse for *International Classification of Functioning, Disability and Health*, og er det hittil nyeste klassifikasjonsverktøyet utviklet av WHO for å klassifisere helse og funksjon. ICF integrerer (forenklet sagt) både en medisinsk forståelse av funksjonshemming som har fokus på individet, og en sosial forståelse som ser funksjonshemming som et samfunnsansvar. ICFs teoretiske grunnlag er en såkalt bio-psyko-sosial modell for funksjon, funksjonshemming og helse. Det primære målet med ICF er "å identifisere tiltak for å bedre deltagelsesnivået for mennesker med funksjonshemming" (WHO, 2003).

## 3. Problemstillingen:

*Hvordan, og i hvilken grad, kan beskrivelsene av funksjon og funksjonshemming og forslag til tiltak i rapporter på afasiområdet fra Bredtvet kompetansesenter presenteres ved hjelp av ICF's klassifikasjonssystem?*

## 4. Metoden:

Undersøkelsen som er gjort her analyserer 30 rapporter fra afasiområdet som er skrevet på Bredtvet gjennom en tidsperiode fra 1990 fram til dags dato. Det er benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode i analysen, som er utført ved bruk av ICF internett-browser ([www.kith.no](http://www.kith.no)) og NUD\*IST. Rapporttekstene er kodet i to separate prosjekter hvor alle beskrivelser av funksjon og funksjonshemming er kodet i det ene og alle tiltaksforslag i det andre.

## 5. Resultater og konklusjon:

Da kodingen var avsluttet hadde jeg totalt benyttet 170 ICF-kategorier på rapportene. Resultatene av analysen viser at rapportene samlet har en hovedvekt på mentale språkfunksjoner med grundige og detaljerte beskrivelser av språkvanskene som kjennetegner afasi. Miljøforhold er mindre utredet, selv om det forekommer flere beskrivelser av miljøfaktorer i rapportenes tilaksforslag. Samlet sett er det individperspektivet som dominerer over samfunnspektivet. Dette reflekteres også i spesialpedagogikkens fortsatt sterke bånd til det medisinske fagfelt (bl.a. Befring og Tangen, 2003; Solli, 2004). Håpet er at man ved bruk av ICFs klassifikasjonssystem kan kaste nytt lys over afasiforskningen og fremme samarbeid mellom de ulike fagfeltene. Målet er å arbeide til beste for afasirammedes velvære gjennom å øke deres deltagelsesmuligheter.

## **Forord**

*Endelig kan jeg takke:*

Tusen takk til Steinar Theie og Siri Wormnæs for at dere skapte muligheten til å bli med i prosjektet – det har vært spennende, anstrengende og meget lærerikt!

Takk skal du ha for all bistand og rettleiding, Steinar!

En spesiell takk til Eli Qvenild for velvillighet og stor åpenhet! Takk også til dere andre på Bredtvet kompetansesenter som har vært involvert. Uten dere hadde det ikke vært noen oppgave.

Og mange klemmer og takk til: May, Mette-Eline og Anne, som jeg har fått gå deler av veien sammen med: takk for følget så langt – lykke til videre -vi snakkes!

Takk også til Bodil som stadig har sendt meg små oppmuntringsmail :-)

Og så til min aller kjæreste Svein: du er bare enestående - ...

Og barn og svigerbarn som har vært tålmodige tilhørere gjennom vinteren.

Nå gleder jeg meg til å være sammen med Ella, Ulrik og Sofie – de skjønneste som finnes.

Askim, mai 2007

Mette Ruud Birkenes

*Enhver teoretisk modell representerer kun et forenklet og lite utsnitt av virkeligheten. Noen trekk ved virkeligheten er utelatt og andre er vektlagt (Crystal & Varley, 1993)*

# Innhold

<b>INNHOOLD .....</b>	<b>1</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>3</b>
1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING.....	4
1.2 OPPBYGGING AV OPPGAVEN.....	4
<b>2. ICF – EN INTEGRERING AV MEDISINSK OG SOSIAL MODELL I FORSTÅElsen AV FUNKSJONSHEMMING.....</b>	<b>6</b>
2.1 ICF’S IDÉOLOGISKE GRUNNLAG.....	6
2.1.1 ICFs grunnprinsipper .....	7
2.1.2 En biopsykososial forståelse av livskvalitet og velvære.....	8
2.1.3 Grunnelementer og struktur i ICF .....	8
2.1.4 Hovedområde 1 Funksjon og funksjonshemming.....	10
2.1.5 Hovedområde 2 Kontekstuelle faktorer.....	13
2.1.6 Allmenne koderegler ved bruk av iCF.....	14
2.1.7 Innføring av ICF i Norge .....	15
<b>3. BRUK AV ICF I UTREDNINGEN AV AFASI.....</b>	<b>16</b>
3.2 LOGOPEDI I ET SPENNINGSFELT .....	16
3.2.1 Ulike tilnæringer til afasi.....	17
3.2.2 Ulike tester og kartleggingsverktøy .....	19
3.3 ULIKE SYN PÅ BRUK AV ICF I UTREDNINGEN AV AFASI.....	20
<b>4. AFASI OG TILLEGGSVANSKER MED FORSLAG TIL EGENE ICF-KODER .....</b>	<b>22</b>
4.1 FORSLAG TIL ICFKODER I BESKRIVELSE AV AFASI .....	22
4.1.1 En utvidet forståelse av afasi .....	25
4.2 UTREDNING AV AFASI PÅ BREDTVET KOMPETANSESENTER .....	26
<b>5. METODE .....</b>	<b>27</b>
5.1 INDUKSJON – DEDUKSJON- ABDUKSJON .....	27
5.2 UTVALG AV DATAMATERIALET (RAPPORTENE) .....	28
5.2.1 Rapportenes omfang, henvisningsbakgrunn, mål og form.....	28
5.3 ICF INTERNETTBROWSER OG NUD*IST .....	29
5.3.1 ICF browser – innhold, struktur og funksjoner.....	30
5.3.2 NUD*IST .....	32

---

5.3.3	<i>Praktisk bruk av ICFbrowser og N6</i> .....	34
5.4	<b>BEARBEIDING AV RAPPORTENE</b> .....	35
5.4.1	<i>Deskriptiv koding</i> .....	35
5.4.2	<i>Temakoding</i> .....	36
5.4.3	<i>Analytisk koding</i> .....	36
<b>6.</b>	<b>VALIDITET OG RELIABILITET I UNDERSØKELSEN</b> .....	<b>38</b>
6.1.1	<i>Deskriptiv validitet</i> .....	38
6.1.2	<i>Tolkningsvaliditet</i> .....	39
6.1.3	<i>Teoretisk validitet</i> .....	40
6.1.4	<i>Generaliseringsvaliditet</i> .....	40
6.1.5	<i>Reliabilitet</i> .....	41
6.2	<b>FORSKNINGSETISKE REFLEKSJONER</b> .....	42
<b>7.</b>	<b>ANALYSE AV DATA FRA BESKRIVELSER AV FUNKSJON OG FUNKSJONS- HEMMING OG TILTAK I RAPPORTER ETTER UTREDNING AV AFASI.</b> .....	<b>43</b>
7.1	<b>INNLEDENDE ANALYSE AV BESKRIVELSER AV FUNKSJON OG FUNKSJONSHEMMING OG TILTAK</b> .....	43
7.2	<b>ANALYSE AV EMNEOMRÅDET KROPPSFUNKSJONER (B)</b> .....	46
7.3	<b>ANALYSE AV EMNEOMRÅDET KROPPSSTRUKTURER (S)</b> .....	53
7.4	<b>ANALYSE AV EMNEOMRÅDET AKTIVITET OG DELTAGELSE (D)</b> .....	56
7.5	<b>ANALYSE AV EMNEOMRÅDET MILJØFAKTORER (E)</b> .....	62
7.6	<b>DISKUSJON AV RESULTATENE</b> .....	67
7.7	<b>KONKLUSJON</b> .....	73
	<b>KILDELISTE</b> .....	<b>75</b>
	<b>VEDLEGG 1</b> .....	<b>79</b>
	<b>VEDLEGG 2</b> .....	<b>82</b>
	<b>VEDLEGG 3</b> .....	<b>87</b>

---

# 1. Innledning

Synet på hva det vil si å være funksjonshemmet er i ferd med å endres. Gjennom en *medisinsk* forståelsesmodell har funksjonshemming blitt sett på som et individuelt problem. Gjennom en *sosial* forståelsesmodell ses imidlertid funksjonshemming som et samfunnsansvar (Grue, 2006).

I WHO's familie av internasjonale helseklassifikasjoner, WHO-FIC<sup>1</sup>, inngår *Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, ICF*, som inkluderer begge disse forståelsene. Hensikten med WHO-FIC er å skape et felles internasjonalt rammeverk for å beskrive ulike helseforhold som grunnlag for "virksomhetsregistrering, statistikk og rapportering" (WHO, 2003). Det primære målet med ICF er å "identifisere tiltak for å bedre deltagelsesnivået for mennesker med funksjonshemming" (Ibid).

Hjerneslag<sup>2</sup> rammer ca 15-16000 mennesker hvert år i Norge, og er en av de vanligste årsakene til død og funksjonshemming. Ca 20-30% av de slagrammede får afasi<sup>3</sup> (Fjærtøft og Indredavik, 2007; KUF-rapport, 2001). Afasi er en kronisk tilstand som først og fremst kjennetegnes ved omfattende språk- og kommunikasjonsvansker. I tillegg opptrer ofte nevrologiske og psykososiale endringer som ytterligere kompliserer rehabiliteringen (Chapey, 2001). Derfor er det flere ulike tilnæringsmåter for utredning av afasi. Det er behov for et overordnet verktøy med standardiserte betegnelser som kan brukes vitenskaplig og som evaluerer både de individuelle medisinske og de ytre sosiale faktorene og hvordan disse til sammen

---

<sup>1</sup> WHO Family of International Classifications (WHO, 2002)

<sup>2</sup> "Hjerneslag er en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse av cerebrale funksjoner med vaskulær årsak. Fokale forstyrrelser i hjernen kommer til uttrykk i form av nevrologiske utfall som lammelser, sansetap, taleforstyrrelser eller bevissthetsforstyrrelser. Med vaskulær årsak menes at årsaken til hjerneslaget er svikt i blodtilførselen til deler av hjernen eller blødning i hjernen" (Statens Helsetilsyn, 1996)

<sup>3</sup> Afasi er en språkdefekt etter hjerneskade hos et individ som har gjennomgått normal språklig utvikling inntil tidspunkt for skaden. Afasi kan ramme både barn og voksne (Reinvang, 1978).

påvirker afasirammedes livssituasjon, og deres sosiale deltagelsesevne (Ross & Wertz, 2005; Threats, 2005)

## 1.1 Formål og problemstilling

Denne oppgaven er en del av prosjektet “ICF i spesialpedagogisk klinikk?” som er et samarbeid mellom Institutt for spesialpedagogikk ved Universitet i Oslo og Bredtvet kompetansesenter. Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvorvidt ICF kan være et egnet redskap som overordnet klassifikasjonssystem i det kliniske arbeidet som utføres på Bredtvet kompetansesenter.

Som del av Statlig spesialpedagogisk støttesystem, Statped, yter Bredtvet Kompetansesenter tjenester til barn, unge og voksne med store spesifikke språk- og talevansker på områdene afasi, dysleksi, leppe-kjeve-ganespalte, spesifikke språkvansker, stemmevansker og taleflytvansker (Statped, 2006). Min oppgave er avgrenset til området afasi. Undersøkellesmaterialet er rapporter fra Bredtvet som er skrevet etter utredning av afasi. Problemstillingen er:

**Hvordan, og i hvilken grad, kan beskrivelsene av funksjon og funksjonshemming og forslag til tiltak i rapporter på afasiområdet fra Bredtvet kompetansesenter presenteres ved hjelp av ICF's klassifikasjonssystem?**

## 1.2 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 2 redegjør jeg først for ICFs teoretiske grunnlag med utgangspunkt i den biopsykososiale modell. På bakgrunn av dette presenterer jeg grunnstrukturen i klassifikasjonssystemet ICF. Kapittel 3 omhandler hvilke emneområder, domener og kategorier i ICF som kan benyttes for å beskrive afasi med de mest vanlige tilleggsvansker. I kapittel 4 beskrives kort spenningen mellom medisinsk og sosial forståelse som fortsatt ser ut til å gjøre seg gjeldende i det spesialpedagogiske fagfeltet generelt. Deretter beskriver jeg noen ulike tilnæringsmåter til afasi. Her referer jeg også til diskusjonen om bruk av ICF i utredningen av afasi. Deretter

---

presenterer jeg kort Bredtvet kompetansesenter. I kapittel 5 vil jeg gjøre rede for det metodiske grunnlag for analysen av rapportene. Her beskrives også hvordan ICF er benyttet i kodingen sammen med NUD\*IST. I kapittel 6 drøftes viktige validitets- og reliabilitetsspørsmål samt etiske refleksjoner. Resultatene presenteres sammen med analysen av disse i kapittel 7, etterfulgt av en samlet oppsummering og diskusjon. Oppgaven avsluttes med en konklusjon.



## 2. ICF – en integrering av medisinsk og sosial modell i forståelsen av funksjonshemming

### 2.1 ICF's idéologiske grunnlag

ICF representerer et nytt syn på funksjonshemming som bygger på den ”bio-psyko-sosiale” modell, først beskrevet i 1977 av psykiateren George Engel i en artikkel i *Science*. Hans utgangspunkt var en pågående diskusjon om krise i psykiatrien. I følge mange ble psykiatrien ansett som annenrangs og mindre vitenskaplig sammenlignet med somatisk medisin. Engel mente dette hadde sin årsak i et bestemt syn på hva som er sykdom. Han hevdet at ikke bare psykiatrien, men hele det medisinske fagfeltet befant seg i en krise.

**” Rather, I contend that all medicine is in crisis and, further, that medicine’s crisis derives from the same basic fault as psychiatry’s, namely, adherence to a model of disease no longer adequate for the scientific tasks and social responsibilities of either medicine or psychiatry.”** (Engel, 1977, s129).

Årsak til denne krisen lå i det han kalte den ”biomedisinske modell”. I denne modellen vektlegges laboratoriefunn som det avgjørende grunnlag for diagnostisering. På bakgrunn av somatiske funn bekjempes sykdom med biomedisinske midler. Engel hevdet at dette førte til at legene kunne fraskrive seg ansvaret for å undersøke og ta hensyn til psykososiale forhold. Han anerkjente imidlertid den biomedisinske modell for dens store suksess som vitenskaplig utgangspunkt for offentlig helsepolitikk og medisinsk forskning. Samtidig pekte han på at en modell alltid bare er et sett antagelser og regler som danner grunnlag for vitenskaplige metoder. Dersom en modell viser seg å være uegnet, kan den endres eller forkastes. Den biomedisinske modellen hadde imidlertid fått en altfor dominerende posisjon og i stedet utviklet seg til å bli et dogme:

**”The biomedical model has thus become a cultural imperative, its limitations easily overlooked. In brief, it has now acquired the status of a *dogma*...all diseases, including ”mental” disease, be conceptualized in terms of derangement of underlying physical mechanisms.”** (Engel, 1977, s 130, min utelatelse...)

I motsetning til modeller søker et dogme å tilpasse alle data til seg, og det er dataene som forkastes dersom de ikke passer inn i det aktuelle dogmes forklaring. På denne

---

måten har den biomedisinske modell blitt nærmest enerådende i synet på sykdom, og andre måter å forstå helsetilstander på har hatt vansker med å bli akseptert. Engel kalte den "our folk model"(Engel, 1977). Han fremmet derfor behovet for en ny modell som integrerte både biologiske, atferdsmessige, psykologiske og sosiale faktorer. Han mente at det var nyttig å innta et etnomedisinsk perspektiv hvor man lærer av "naturlige" tilnærminger til sykdom som tar hensyn til den sykes egen atferd og opplevelse som utgangspunkt for behandling. Dette kunne medføre tiltak også i miljøet rundt den syke. Dermed får sykdom sosiale konsekvenser med basis i menneskets egen opplevelse av sin tilstand (Ibid).

### **2.1.1 ICFs grunnprinsipper**

Denne biopsykososiale modellen har hatt en sterk innflytelse på de underliggende prinsippene for ICF. Disse prinsippene er (WHO, 2002, s 14):

#### *Universalitet*

Klassifikasjonen skal kunne brukes til å beskrive alle mennesker, uavhengig av helsetilstand. Det er ikke menneskene, men deres funksjonsnivå som klassifiseres. ICF skal ikke brukes til å skille ut funksjonshemmede som en egen gruppe i samfunnet.

#### *Likhet*

Det er ikke ønskelig å differensiere mellom ulike diagnoser og helsetilstander (slik det derimot gjøres i ICD-10). Særlig skal man å unngå å skille mellom "mental" og "fysisk" helsetilstand.

#### *Nøytralitet*

Kodeverket er forsøkt holdt nøytralt i definisjoner, betegnelser osv. for å muliggjøre bruk av positive og negative beskrivelser av de fenomen som klassifiseres.

#### *Miljøfaktorer*

Miljøfaktorene representerer det nye aspektet ved WHO-FIC sammenlignet med tidligere klassifikasjonssystemer og innebefatter alt fra klima og terreng til sosiale holdninger, institusjoner og lovverk. Det å se funksjon og funksjonshemming som

resultat av et gjensidig samspill med miljøfaktorene er vesentlig for å forstå hvordan ICF definerer tilstandene (WHO, 2002).

### **2.1.2 En biopsykososial forståelse av livskvalitet og velvære**

ICF setter en standard for å vurdere mennesker ut ifra et helhetlig, holistisk, syn på hvordan de fungerer som personer i sitt naturlige miljø. Det er deltagelsesaspektet som er i fokus, dvs. hvordan og i hvilken grad menneskene har mulighet til å delta. Deltagelse settes i sammenheng med livskvalitet og dette begrunnes ut fra menneskerettighetene (WHO, 2003).

I samfunnsdebatten fremheves begrepet livskvalitet som et viktig mål i alle sammenhenger. Hva innebærer livskvalitet? Livskvalitet kan defineres som snevrere enn "levekår", men videre enn mental helse, og inngå i det som beskrives som "psykisk velvære" (Næss, 2001). WHO benytter *velvære* som et overordnet begrep:

**"Velvære er et allmennord som omfatter hele menneskelivets virkelighet og alle dets områder, inklusive fysiske, mentale og sosiale aspekter, som til sammen utgjør det man kan kalle et "godt liv"."** (WHO, 2003, 179)

Velvære påvirkes av samtlige områder som er definert i ICFs klassifikasjonssystem i tillegg til eventuelle sykdommer. Sykdom og andre helsetilstander klassifiseres ikke i ICF, men i ICD-10<sup>4</sup>, mens ulike forhold som er *nært knyttet til helse* klassifiseres i ICF. Dette dreier seg om helseforhold som betegner funksjonsnivå på et område og *helserelaterte* forhold, som for eksempel utdanning, sysselsetting, miljø osv. (WHO, 2003, s 180).

### **2.1.3 Grunnelementer og struktur i ICF**

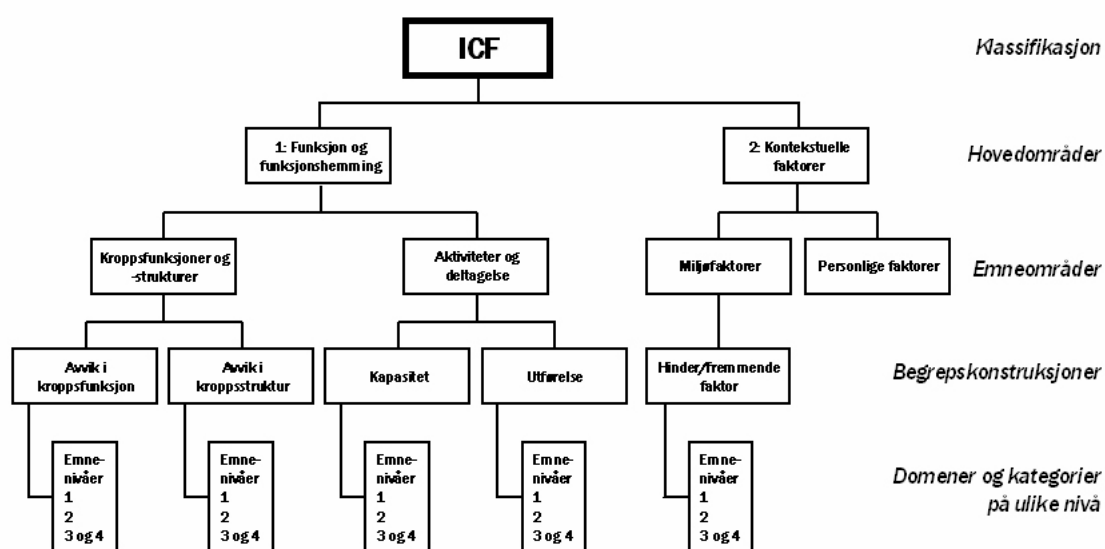
Det første klassifikasjonssystemet I WHO-FIC var ICD-10 som klassifiserer sykdommer, skader og andre helsetilstander som årsak til kontakt med helsevesenet. ICF ble godkjent i WHO 22.mai 2001, og den norske utgaven kom i 2003. ICF skal

---

<sup>4</sup> ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10.versjon (WHO, 2003)

utfylle ICD-10 ved å klassifisere funksjonshemming og helsefaktorer. Forskjellen og sammenhengen mellom ICD-10 og ICF beskrives slik: "ICD-10 is mainly used to classify causes of death, but ICF classifies health" (WHO, 2002, s3).

<sup>5</sup>Med utgangspunkt i det biopsykososiale perspektivet er ICF inndelt i to hovedområder: *1 Funksjon og funksjonshemming* som er helsedomener og *2 Kontekstuelle faktorer*, som sees i forhold til helsedomene og derfor betegnes som helserelaterte domener. Disse to hovedområdene inndeles videre i to emneområder hver, slik det er vist i Figur 1:



Figur 1 Oppbyggingen av ICF's begrepsapparat (WHO, 2003, s183)

Figuren viser hvordan ICF er oppbygd som en "trestruktur" med stamme, gren, kvist og blad. Det benyttes et standardisert kodespråk som er alfanumerisk, dvs. det består av en kombinasjon av en bokstav og tall. Bokstavene **b**, **s**, **d** og **e** for de fire emneområdene benyttes konsekvent i alle nivåene i hele klassifikasjonssystemet. Emneområdene (b, s, d og e) er inndelt i domener, som i manualen også kalles

<sup>5</sup> Der det ikke er vist til annet er kilde til dette kapittelet norsk utgave av ICF (WHO, 2003) og ICF browser på internett ([www.kith.no](http://www.kith.no)) (Browseren representerer fullversjonen av ICF. ICF finnes også i en kortversjon).

kapitler. Under domenene er det igjen en lang rekke underkapitler inndelt i kategorier som har kodebetegnelser bestående av 4, 5 og 6 tegn. Jo flere tegn jo høyere detaljeringsnivå er det i innholdsdefinisjonen på koden, for eksempel b16701 Oppfatte skriftspråk. Det er disse kodene som utgjør 1., 2., 3. og 4. emnenivå som vist i Figur 1 (Ibid).

### *Modifikatorer (begrepskonstruksjoner)*

Begrepskonstruksjoner (Figur 1) tilsvarer det som også kalles modifikatorer. I tråd med de grunnleggende prinsippene er kodeverket nøytralt. For å uttrykke enten avvik eller styrke og grader av dette er det laget egne sett med modifikatorer. Jeg har ikke brukt modifikatorer i min undersøkelse, derfor vil jeg ikke gå detaljert inn på dem her. Det er imidlertid verdt å merke seg at det er modifikatorer som gjør ICF til en klassifisering egnet til å beskrive personlige funksjonsprofiler som utgangspunkt for å dokumentere framgang og effekt av tiltak (WHO, 2003, s 189).

## **2.1.4 Hovedområde 1 Funksjon og funksjonshemming**

For å gjøre ICF til et standardisert og internasjonalt anvendbart ”språk” har begrepene som brukes i ICF helt presise innholdsdefinisjoner. Disse definisjonene avviker av og til fra de dagligdags betydningene av samme begrep (Tjørnhov, 2005). Derfor vil jeg i det følgende sitere definisjonene ordrett slik de står i den offisielle norske utgaven av ICF (WHO, 2003).

### *Kroppsfunksjoner (emneområde b)*

**”Kroppsfunksjoner er organsystemets fysiologiske og mentale funksjoner. Avvik er problemer med kroppsfunksjoner eller kroppsstrukturer, som ved signifikante feil eller tap.” (WHO, 2003, s 45)**

Det er 8 kapitler under Kroppsfunksjoner (b) som tilsvarer domenene i Figur 1 s 9. Disse 8 domenene er: b1 Mentale funksjoner, b2 Sansefunksjoner og smerte, b3 Stemme- og talefunksjoner, b4 Kretsløps-, blod-, immun- og respirasjonsfunksjoner, b5 Fordøyelse, stoffskifte og indresekretoriske funksjoner, b6 Urinsystemets funksjoner, kjønnsfunksjoner og forplantning, b7 Nerve-, muskel-, skjelett- og

bevegelsesrelaterte funksjoner, b8 Huden og tilhørende funksjoner (WHO, 2003, s 27).

Under domenet b1 Mentale funksjoner er bl.a. kategorien b167 Mentale språkfunksjoner. Innholdsdefinisjonen til b167 Mentale språkfunksjoner er slik:

**b167 Mentale språkfunksjoner**

Spesifikke funksjoner for å gjenkjenne og bruke tegn, symboler og andre bestanddeler av et språk

*Inklusive: Oppfatte og tyde tale, skrift, tegn eller andre former for språk, kunne uttrykke de samme former for språk, integrerende språkfunksjoner. Avvik: Alle former for afasi.*

*Eksklusive: Oppmerksomhetsfunksjoner (b140), hukommelsesfunksjoner (b144), persepsjonsfunksjoner (b156), tenkefunksjoner (b160), høyere kognitive funksjoner (b164), regnefunksjoner (b172), styring av sammensatte bevegelser (b176), kapittel b2 Sansefunksjoner og smerte, kapittel b3 Stemme- og talefunksjoner*

*Figur 2 Kategori b167 Mentale språkfunksjoner (2. emnenivå) med definisjon, inklusive og eksklusive (Kopiert fra ICF-browser på [www.kith.no](http://www.kith.no)).*

b167 Mentale språkfunksjoner er en kategori på 2.nivå. Under denne er det også kategorier på enda høyere nivåer – dvs. det som kalles 3. og 4. nivå (Figur 1 s 9). Disse kategoriene har da altså henholdsvis 5 og 6 tegn i koden og heter for eksempel b1670 Oppfatte språk og b16702 Oppfatte tegnspråk (Ibid).

### **Kroppsstrukturer (emneområde s)**

**”Kroppsstrukturer er anatomiske deler av kroppen, som organer, lemmer og deres enkeltdele. Avvik er problemer ved kroppsfunksjoner eller kroppsstrukturer, som ved signifikante feil (inklusive hypertrofi eller overtallighet) eller tap.” (WHO, 2003, s 91)**

Det er 8 kapitler under Kroppsstrukturer som tilsvarer domener (Figur 1 s10). De 8 domene er: s1 Nervesystemets strukturer, s2 Øye-, øre- og tilhørende strukturer, s3 Stemme- og taledannende strukturer, s4 Strukturer tilhørende kretsløpssystemet, blodsystemet, det immunologiske system og respirasjonssystemet, s5 Strukturer tilhørende fordøyelse, stoffskifte og endokrinsystemet, s6 Strukturer med tilknytning til urinsystemet, kjønnsorganene og forplantningen, s7 Bevegelsesapparatets strukturer, s8 Hud og tilhørende strukturer (Ibid).

Både Kroppsfunksjoner (b) og Kroppsstrukturer (s) er organisert etter alle kroppens organsystemer. Det skilles ikke mellom kropp og sinn slik at mentale funksjoner også inngår i kroppsfunksjoner. De 8 kapitlene i begge emneområdene korresponderer med hverandre slik at det i Kroppsfunksjoner heter b1 Mentale funksjoner, mens det tilsvarende kapitlet (domenet) er s1 Nervesystemets strukturer osv..

Emneområdet Kroppsstrukturer beskriver anatomiske områder knyttet til diagnoser. Det er her en delvis overlapping mellom ICF og ICD-10 (WHO, 2002;2003)

### *Aktivitet og deltagelse (emneområde d)*

”**Aktiviteter** er et menneskes utførelse av oppgaver og handlinger. **Deltagelse** er å engasjere seg i en livssituasjon. **Aktivitetsbegrensninger** er vanskeligheter en person kan ha ved å utføre aktiviteter. **Deltagelsesinnskrenkninger** er problemer en person kan oppleve ved deltagelse.” (WHO, 2003, s 109)

Dette emneområdet er inndelt i følgende 9 domener (kapitler): d1 Læring og kunnskapsanvendelse, d2 Allmenne oppgaver og krav, d3 Kommunikasjon, d4 Mobilitet, d5 egenomsorg, d6 Hjemmeliv, d7 Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner, d8 Viktige livsområder, d9 Samfunnsliv og sosiale livsområder.

Vi kan se flere av de samme temaene fra Kroppsfunksjoner (b) (og Kroppsstrukturer (s)) gå igjen i Aktivitet og deltagelse (d) slik: d1Læring og kunnskapsanvendelse har kategorier for Lære å lese (d140), Lære å skrive (d145) osv. – mens tilsvarende kategorier finnes under b1Mentale funksjoner: Oppfatte skriftspråk (b16701), Uttrykke skriftspråk (b16711) osv.

Videre har Kommunikasjon (d3) fått god plass i ICF med 3 større underkapitler som beskriver det å forstå på flere måter (tale, kroppsspråk, tegn osv.), det å kunne ytre seg på tilsvarende måter og et kapittel om samtale og andre kommunikasjonsteknikker (WHO, 2003,s 117-120).

Når man skal bruke ICF som klassifikasjon skal det tydeliggjøres om handlingen er en aktivitet – da kalt **a** – eller om den er en deltagelse – **p**- (fra engelsk ”participation”). Bokstaven d skal (i utgangspunktet) bare brukes for å betegne en nøytral handlingsbeskrivelse (WHO, 2003, s 109). Dette skillet er imidlertid ikke brukt i min undersøkelse.

---

## 2.1.5 Hovedområde 2 Kontekstuelle faktorer

### *Miljøfaktorer (emneområde e)*

”Miljøfaktorer utgjør til sammen de fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelser hvor en person eksisterer og utfolder sitt liv.” (WHO, 2003, s 147).

Miljøfaktorene er inndelt i de 5 domene (kapitlene): e1 Produkter og teknologi, e2 Natur og menneskeskapte miljøforandringer, e3 Støtte og sosialt nettverk, e4 Holdninger og e5 Tjenester, systemer og strategier for tiltak. Miljøfaktorer (sammen med Personlige faktorer, se nedenfor) står i et gjensidig samspill med en persons kroppsfunksjoner/strukturer og påvirker enten i positiv eller negativ retning denne personens aktivitet og deltagelse. Miljøfaktorer skal kodes i forhold til den personen det gjelder slik at det som fremmer aktivitet og deltagelse og er positivt for én, kan være negativt for en annen. Et eksempel på dette er at avskrådde fortau ved fotgjengerfelt kan være bra for en rullestolbruker, men negativt for en synshemmet (WHO, 2003).

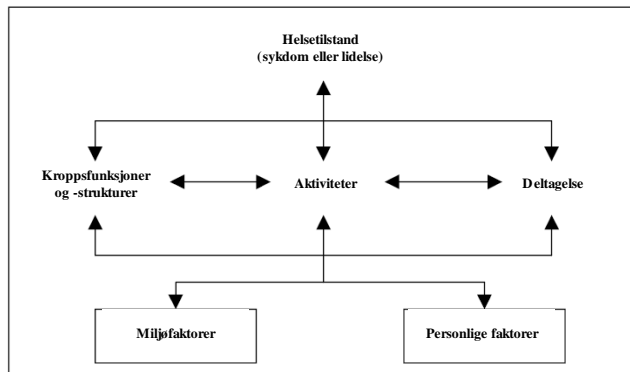
### *Personlige faktorer*

Personlige faktorer er for eksempel personens alder og kjønn, sivil status og livserfaringer m.m. Dette er individuelle forhold som sammen med miljøfaktorer har stor betydning for helsetilstand og påvirkning på aktivitet og deltagelse. Personlige faktorer er foreløpig ikke klassifiserbare i ICF, men det oppfordres til å legge vekt på å beskrive slike forhold i tilknytning til kartleggingen (WHO, 2003, s 181).

Sammenhengen mellom alle fire emneområder i ICF illustreres i Figur 3 s 14. I denne sirkulære modellen inngår de kontekstuelle faktorene (miljø og personlige faktorer) i et gjensidig samspill med de andre tre emneområdene. ICF klassifiserer ”enkeltmenneskers helsekjennetegn i sammenheng med deres individuelle livssituasjoner og miljøpåvirkning” (WHO, 2003, s 209).



## ICF | en teoretisk modell (ICF 2001)



Sosial- og helsedirektoratet

| 9

Figur 3 Modell for forståelse av de faktorer som samlet utgjør funksjon og funksjonshemming (Kopiert fra [www.kith.no](http://www.kith.no)).

Forskjellige miljøer kan virke fremmende eller hemmende på en persons livsutfoldelse på mange ulike måter. Dette kan illustreres med hemmende faktorer som utilgjengelige offentlige bygninger i samfunnet eller fremmende faktorer som teleslyngeanlegg i formannskapssalen (WHO, 2003).

### 2.1.6 Allmenne koderegler ved bruk av iCF

Til forskjell fra ICD-10 hvor man kan finne én kode for en bestemt helsetilstand, er ICF konstruert med tanke på å bruke koder fra alle de fire emneområdene for å skape en personlig profil. Dette betyr imidlertid ikke at samtlige områder må brukes i ethvert tilfelle, men man bør kunne ta dem i betraktning som et utgangspunkt fordi funksjonsnivået må sees i sammenheng og som et resultat av gjensidig påvirkning fra alle områdene (WHO, 2003).

Jeg vil også påpeke at ICF ikke erstatter annet kartleggingsmaterieell, men er ment å være et overordnet verktøy og et hjelpemiddel til å finne hvor hovedproblemet ligger: for eksempel i miljøet eller hos personen selv – eller i en kombinasjon av flere forhold (Figur 3; WHO, 2003)

---

### 2.1.7 Innføring av ICF i Norge

Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for implementeringen av ICF i Norge og har gjennomført introduksjonskurs i de fem helseregionene. Det er laget undervisningsmateriell og KITH<sup>6</sup> distribuerer materiell (håndbøkene bl.a.) og har en rådgiverfunksjon med løpende brukerstøtte. KITH har en hjemmeside som holdes oppdatert med ny informasjon, rapporter osv. om ICF-arbeidet i Norge og internasjonalt. Der er det også en norsk ICF-browser som jeg i stor grad har benyttet i tillegg til den trykte boka (WHO, 2003; [www.kith.no](http://www.kith.no)).

---

<sup>6</sup> Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS

### **3. Bruk av ICF i utredningen av afasi**

#### *Spesialpedagogisk arbeid i et paradigmeskifte*

Engel (1977) hevdet at ulike kulturelle, religiøse og politiske ståsted formet synet på hva som er sykdom og funksjonshemming og dermed hvordan dette kan behandles. Hvordan man definerer begrepet funksjonshemming vil ha stor påvirkning på hvilke områder man fokuserer på som fagperson, hvordan funn tolkes og hvilke tiltak som foreslås. Det ligger vanligvis ulike perspektiver på samme tema i de forskjellige utdanninger og yrkesutøvelser (Grue, 2006).

Fagområder som er engasjert i tilbud og tiltak for mennesker med funksjonshemming befinner seg i et spenningsfelt mellom det å skulle fokusere på det individuelle samtidig som man må vektlegge det relasjonelle og systemrettede (Solli, 2004, s 23). På denne måten kan man si at spesialundervisning reflekterer både et individuelt og et relasjonelt perspektiv. De medisinske diagnosene er det som utløser spesialpedagogiske tiltak. Dette kan forklare de sterke bånd som spesialpedagogikken har til det medisinske fagfeltet (Befring og Tangen, 2003).

#### **3.2 Logopedi i et spenningsfelt**

Som spesialpedagoger arbeider logopeder i krysningsfeltet mellom medisinsk og pedagogisk sektor (Norsk Logopedlag, 2006). Vår virksomhet er hjemlet både i Folketrygdloven og i Opplæringsloven. Sammenlignet med Folketrygdloven som tar utgangspunkt i diagnose, bygger Opplæringsloven på funksjon og de ”særskilte behov” som brukeren har. Spesialundervisning for voksne med afasi bringer opplæringssektoren inn i en større rehabiliteringsprosess hvor de logopediske tiltak må sees i sammenheng med mange andre aktører (KUF-rapport, 2001).

Rehabiliteringsprosessen (ved afasi) inndeles i akutfase, subakutfase og postakutfase. Utredningsarbeidet som er hovedfokus for denne oppgaven foregår normalt i senfasen eller postakutfasen etter at hjerneslaget/skaden oppsto. Det er imidlertid viktig at de språklig-kommunikative ferdighetene kartlegges allerede i

---

akkuttfasen (Geyh et al, 2004; Fjærtøft og Indredavik, 2007). Språk- og taletreningen inngår som en integrert del av den helhetlige rehabiliteringen og bør være funksjonell og multidisiplinær. På bakgrunn av den kunnskap man nå har om hjernens plastisitet er det en stor fordel dersom denne treningen kan gjennomføres intensivt. Fra medisinsk hold etterlyses vitenskaplig dokumentasjon på effekt av språktrening ved afasi (Fjærtøft og Indredavik, 2007)

### 3.2.1 Ulike tilnærminger til afasi

**”The study of aphasia is complex because of the variable manifestations of aphasia, the heterogeneity of its underlying neurological substrates, and the sophistication required to understand the mechanisms behind its associated symptomatology. Therefore, there are many ways of conceptualizing it.”** (Chapey & Hallowell, 2001, s3)

Den store variasjonen i symptomer og konsekvenser av afasi forklarer kompleksiteten i fagområdet og årsaken til de mange ulike tilnæringsmåter som finnes (Ibid).

Ved utredning av afasi har det vært praksis å benytte seg av en modell som skiller mellom språkets formelle struktur – dvs. lingvistikken, og språket i bruk, dvs. pragmatikken (Crystal & Varley, 1993). Andreassen m.fl.(2005) beskriver dette som to hovedretninger: den *kognitiv- nevropsykologiske* og den *pragmatiske* tilnærming.

Den kognitiv-nevropsykologiske tilnærmingen forklarer språk som en kognitiv-lingvistisk prosess bestående av mange delprosesser. Det er viktig å lokalisere hvor i disse prosessene feilen er oppstått og rette undervisningen mot det. Eksempler på spesialpedagogiske metoder for dette er for eksempel å trene auditiv diskriminering (som det er vanlig at afatikere har vansker med) ved å si to nesten like ord: MÅL – NÅL (minimale par) og samtidig vise bilder av dette for så å be klienten peke ut rett bilde. Andre oppgaver det kan trenes på er å lytte og gjenta ord, vise om man klarer å skille ut nonsensord fra ordentlige ord (tester ut og trener det såkalte ”fonologiske leksikon”) og lignende (Andreassen m.fl., 2005).

Den pragmatiske tilnærmingen fokuserer på funksjonell kommunikasjon som vil si å kunne benytte seg av de grunnleggende regler for kommunikasjon med turtaking,

blikk-kontakt og kroppsspråk. Tiltak vil da gjerne gå på samtaletrening og ulike opplegg tilpasset den enkelte (Andreassen m.fl., 2005). Eksempler på slike opplegg er P.A.C.E. (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness) som fokuserer på å trene den generelle kommunikasjonsevnen og hvor det ikke legges spesiell vekt på verbal kommunikasjon. Alle kommunikasjonskanaler er tillatt for å stimulere til delaktighet. P.A.C.E. er godt egnet for gruppeaktiviteter. Man kan for eksempel trekke bildekort og forsøke å forklare hva man ser – og la andre gjette (Andreassen m.fl., 2005).

Andre metoder er ”Støttet samtale for voksne med afasi” (SSA) som legger vekt på å anerkjenne den kommunikasjonsevnen som man mener at den afasirammede fortsatt har (”den er bare maskert”). SSA fokuserer på at det er samtalepartnerens ansvar ”å gi støtte slik at den afasirammedes personlighet, vilje og kunnskap kommer til syne”. I denne metoden er det laget en perm, ”Illustrert kommunikasjonsmateriell” – IKM-permen som er oversatt til norsk og har et rikholdig utvalg av tekster og illustrasjoner tenkt som ressursmateriell for kommunikasjon med afasirammede ([www.statped.no](http://www.statped.no))

De forskjellige tilnæringsmåter brukes som regel om hverandre i det daglige arbeidet med afasirammede. Logopeder og andre fagpersoner velger de tester og arbeidsmåter som vurderes som mest relevante i situasjonen. Her er afasilogopedens erfaring, kunnskap (og kreativitet!) og sensitivitet overfor klientens behov avgjørende faktorer for hvilke utredningsverktøy og materiell man faktisk velger (Haaland-Johansen, 2004).

Det kommunikative perspektiv har hatt stor innflytelse på logopedisk virksomhet i flere tiår. Samtidig er det i økende grad fokus på de psykososiale følgene av afasi. Man ønsker å ta hensyn til både pasientens egen reaksjon på sin situasjon og familie og venners respons. Tiltak handler ofte om å skape forutsetninger for et støttende miljø slik at meningsfull kommunikasjon er mulig (Crystal & Varley, 1993). Når en person rammes av afasi oppleves dette svært traumatisk for de nærmeste pårørende. Alle sider ved dagliglivet, personlige relasjoner og sosial deltagelse berøres. Dersom vi tar i betraktning at hver den som får afasi har ca 10 pårørende, venner og kolleger–

---

vil det totale antall afasirammede være betydelig høyere enn vanligvis angitt i helsestatistikk, s 3 (Corneliussen m.fl, 2006).

I det kliniske arbeidet med afasirammede er det i økende grad fokus på livskvalitet og et verdifullt liv både fysisk, psykologisk, sosialt og følelsesmessig (Ross & Wertz, 2005).

### **3.2.2 Ulike tester og kartleggingsverktøy**

En lang rekke testbatterier og kartleggingsverktøy benyttes i utredningen av afasi. Det fører for langt å gjøre rede for alle disse her, men jeg vil kort nevne noen få med tanke på det arbeidet som utføres på Bredtvet kompetansesenter og som nedfeller seg i de rapportene jeg har analysert i denne undersøkelsen.

Ulike syn på afasi ligger til grunn for ulike testbatterier/materiell. Norsk Grunntest for Afasi (NGA) oversatt og standardisert for norske forhold av Reinvang (1978), er bygd på en type tester som tar utgangspunkt i spesifikke kjennetegn på bestemte typer eller syndromer av afasi. Afasi karakteriseres da ved en generell mangel/feilfunksjon i alle språkets modaliteter (Ross & Wertz, 2005). Et eksempel på dette er siste side i NGA under konklusjonen på testen hvor 12 forskjellige afasityper er listet opp som man kan krysse av for, i tillegg til vurdering av spontantale ut fra karakteristikk som ”ikke-flytende”/”flytende talepreg” osv..

Nyere testmateriell som for eksempel PALPA ( Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia), ser afasi som en kognitiv funksjonshemming og legger vekt på å kartlegge spesifikke mentale prosesser som er involvert i språk og kommunikasjonshandlinger, slik som beskrevet på s 19 om kognitiv-nevropsykologiske tilnærminger til afasi (Ross og Wertz, 2005). PALPA er under oversetting og tilrettelegging for Norge (Andreassen m.fl.,2005).

<sup>7</sup>Andre kartleggingsverktøy som kan nevnes her er Alfabetprøven (kartlegging av alfabetkunnskap hos afasirammede), Verb- og setningstesten (VOST) og Pyramide og palmetesten. Disse kan regnes som språktester. Når det gjelder utredning av kommunikasjonssevnen finnes også en rekke tester. Her vil jeg bare nevne CETI – Spørreskjema for nærpersoner<sup>8</sup>. Et nylig oversatt kartleggingsverktøy kalt VASAS - Visuell analog selvaktelsesskala- gir afasirammede selv mulighet til å beskrive sine følelser og opplevelse av livskvalitet. Dette verktøyet er opprinnelig utarbeidet av Shelagh Brumfitt og Paschal Sheeran, og er oversatt til norsk av Eli Qvenild (2005).

### 3.3 Ulike syn på bruk av ICF i utredningen av afasi

**”Unprecedented changes are occurring in the way treatment for aphasia is viewed- and reimbursed. These changes, resulting from both internal and external pressures, are influencing how speech-language pathologists carry out their jobs.” (Chapey et al, 2001, s 235).**

De store forandringene i helse- og omsorgssektoren medfører også endringer i synet på afasi. Disse endringene betegnes som så enestående og epokegjørende at det vil få stor innflytelse på måten logopedene kommer til å utøve sitt yrke (Ibid).

Ross & Wertz (2005) kommer med en sterk oppfordring til logopedene og andre som arbeider på feltet om å inkorporere WHO-FIC, og dermed ICF, i utredning og kartlegging av afasi. Dersom WHO-FIC viser seg å være brukbare for fagområdet vil det kunne føre til forbedringer innen helsepolitikk, bedre målemetoder som utgangspunkt for dokumentasjon av behandlingseffekt og bedre kartleggingsverktøy og materiell. Det aller viktigste vil imidlertid være å utvikle en praksis med sosialt relevante behandlingsopplegg (Ibid). Travis Threats (2005) peker på at ICF ikke er

---

<sup>7</sup> Opplysninger om ulike tester finnes på Bredtvetts hjemmeside/afasiområdet under [www.statped.no](http://www.statped.no)

<sup>8</sup> Spørreskjema for nærpersoner (En norsk oversettelse av CETI - The Communicative Effectiveness Index. Lomas et al., 1989) Oversatt av Haaland-Johansen, Hammersvik og Lind (2006). Forhandler: Bredtvet kompetansesenter

---

ferdig utviklet og henstiller til å benytte så mange ICF-koder som mulig ved utredning av afasi selv om ikke alle oppleves som helt dekkende.

Noen hevder imidlertid at ICF er overflødig og at det medfører en belastning å innføre systemet på toppen av en ellers travel arbeidssituasjon. Man burde heller satse på de kartleggingsverktøy som eksisterer og utvikle dem videre (Penn, 2005). Andre er positive til å benytte ICF generelt som en hjelp til en mer helhetlig vurdering, men ikke som standard verktøy for utarbeiding av tiltak overfor afasirammede (Worral & Cruice, 2005).

Viktige etiske overveielser gjelder anvendelsen av ICF i klinisk praksis. Ved bruk av ICF kan man kartlegge et stort spekter av livsområder. Samtidig vil det bare kunne rettes tiltak mot noen få av disse områdene (Hilary, 2005). Andre kritiserer ICFs store og komplekse system som kan være vanskelig å forstå. Det er et paradoks at ICF, som er bygd med tanke på å lette kommunikasjonen mellom ulike fagfelt, er såpass komplisert å forklare for legfolk, slik at kommunikasjonen mellom kliniker og klient i stedet blir vanskelig (Hilary, 2005).

Idésamlingen Språk- og talevansker hos voksne (Andreassen m.fl, 2005) tar imidlertid utgangspunkt i ICFs målsetting om best mulig deltakelse i samfunnet for enkeltindividet. Det påpekes at ICF ikke er ment å kunne kartlegge alle detaljer som det kan være behov for i en utredning, men at ICF kan være en hjelp til å se og forstå:

- **Kroppslig og fysisk funksjon sett i forhold til omgivelsene**
- **Evne til aktivitet og deltakelse sett i forhold til omgivelsene**
- **Omgivelsenes betydning**

(Andreassen m.fl., 2005, s 6)



## 4. Afasi og tilleggsvansker med forslag til egnede ICF-koder

På bakgrunn av den stigende andelen eldre i befolkningen er det forventet en økning i antall hjerneslag på ca 50% de neste 25 år (Fjærtøft og Indredavik, 2007). Dette representerer en stor utfordring for helsevesenet både når det gjelder styrking av akutt medisinsk behandling og rehabilitering. For å møte disse utfordringene settes det krav til økt forskningsinnsats og samarbeid på tvers av fagområder (Ibid). Internasjonalt er det bl.a. utviklet et felles kodesett fra ICF, kalt "ICF Core set for stroke" for å møte disse utfordringene. Dette "kjernesettet" er ment som et utgangspunkt for spesialister<sup>9</sup> ved utredning og kartlegging både i akuttfasen og senere forløp. I dette settet ble det enighet om totalt 130 kategorier på det andre emnenivået i ICF (Figur 1 s10) - dvs. kategorier som har koder med 4 tegn – for eksempel b110 Bevissthetsfunksjoner. Man har valgt å stoppe på dette nivået (Geyh et al, 2004; Vedlegg 1).

### 4.1 Forslag til ICFkoder i beskrivelse av afasi

Jeg vil kort beskrive noen fysiologiske tilstander ved hjerneslag og knytte ICFkoder til dette. Deretter tar jeg utgangspunkt i global afasi for å se hvilke koder som kan være aktuelle. Jeg bruker global afasi som eksempel fordi dette er den mest utbredte afasitypen og representerer et bredt spekter av vanskeområder (Reinvang og Sundet, 1988). Denne beskrivelsen er tenkt som utgangspunkt for hvilke av ICFs emneområder, domener og kategorier som er aktuelle for andre afasitilstander. Det er først ved bruk av modifikatorer (s 10) at man kan tydeliggjøre forskjeller i grad og art av afasi. Jeg bruker det omtalte kjernesettet som bakgrunn for kodevalgene (Geyh et al, 2004). Dette kjernesettet er også lagt ved oppgaven som Vedlegg 1.

I og med at senteret for de viktigste språkfunksjoner er i hjernebarkens venstre halvdel for de fleste mennesker (ca 95%), oppstår afasi hovedsakelig som følge av

---

<sup>9</sup> Comprehensive ICF Core Set (First version) – er ment for spesialister, mens "Brief ICF Core Set" er ment for enklere screening osv. ( Geyh et al, 2004).

---

venstresidig hjerneskade (Brodal, 2001). I ICF kan aktuelle kategorier hentes fra emneområdet Kroppsstrukturer (s) i underkategoriene til s1 Nervesystemets strukturer. For eksempel: s110 Hjernens struktur og s410 Kretsløpets struktur ([www.kith.no](http://www.kith.no)). Det er ingen kategori for å skille høyre og venstre hemisfære i ICF og vi ser at dette ikke blir særlig detaljert. Ved behov for nærmere diagnostisering bør ICD-10 benyttes (WHO, 2002).

En tilstopping av hovedpulsåren til hjernen eller en større blødning (s410 Kretsløpets struktur/s110 Hjernens struktur) gir ofte en alvorlig språkvanske som berører både det å uttrykke språk og det å forstå språk og betegnes som global afasi. Global afasi utgjør ca 40% av afasitilfellene og regnes for å være den vanligste form for afasi (Reinvang og Sundet, 1988). Det antas at skadene ved global afasi først og fremst gir store ekspressive vansker. Dette viser seg ved enten ingen eller få språklige uttrykk, eller bare stereotyper i form av uforståelige lyder (nonsensord) eller enkeltord som gjentas automatisk uten forståelig sammenheng med ytre virkelighet. Imidlertid kan språkforståelsen være relativt god (Peach, 2001). ICF-kodene som kan brukes for å beskrive språkfunksjoner som berøres ved global afasi er b167 Mentale språkfunksjoner, hvor det i definisjonen står at avvik er alle former for afasi (WHO, 2003, s 54).

En annen aktuell kode for språkvanskene er b1672 Integrerende språkfunksjoner. Språkforståelse dekkes av koden b1670 Oppfatte språk, mens for språklige uttrykk kan b1671 Uttrykke språk benyttes. Jeg gjør oppmerksom på at det under disse kodene også er underkoder for det å forstå talespråk, skriftspråk osv.. Andre koder for talevansker kan være b320 Uttalefunksjon (anartri/dysartri) og/eller b330 Taleflyt og talerytme.

Kommunikasjonsevnen er ofte bedre enn de store ekspressive vanskene kan tilsi (Peach, 2001). Aktuelle koder for kommunikasjonsevner finnes i emneområdet Aktivitet og deltagelse (d) under d3 Kommunikasjon - forstå (d310-d329) og Kommunikasjon – ytre seg (d330-d349) (WHO, 2003).

Store motoriske funksjonshemninger som hemiplegi<sup>10</sup>/pareser er vanlige tilstander, samt apraksi<sup>11</sup> i ulike former. Noe som er med på å vanskeliggjøre utredning og videre behandling (Reinvang, 1978; Chapey, 2001). De fysiske funksjonsnedsettelsene kan beskrives med de ulike kategoriene under domenet b7Nerve-, muskel-, skjelett- og bevegelsesrelaterte funksjoner: kapitlet Muskelfunksjoner (b730-b749): kategoriene b730 Muskelstyrke, og for eksempel b7303 Muskelstyrke i én side av kroppen (hvor avvik er hemiparese og hemiplegi).

Apraksi tilsvarer b176 Styring av sammensatte bevegelser, som er en egen kategori under Spesifikke mentale funksjoner (b140-b189) og hvor det i definisjonen står at avvik bl.a. er apraksi (WHO, 2003, s 55).

På bakgrunn av alle disse kodene jeg har forslått over kan man se aktuelle kategorier ut fra hvilke områder som oppdages gjennom utredningene. I reel bruk av ICF vil det være nødvendig å benytte seg av modifikatorer (s10) for å vise styrker og svakheter på de ulike områdene, som jo nettopp er det som skiller de ulike afasiformene fra hverandre (Ross & Wertz, 2005; Threats, 2005). Dette er tydelig for eksempel ved Brocas<sup>12</sup> afasi der svakheten oftest ligger i det å uttrykke språk (b1671 Uttrykke språk) verbalt, mens ved Wernickes<sup>13</sup> afasi er dette i alle fall en relativ styrke (Reinvang og Sundet, 1988).

---

<sup>10</sup> Hemiplegia[gr hēmi-halv+plēgē-slag] hjerneslag med lamming i halve lekamene, etter skade i hjernehalvdelen på motsett side. (Norsk medisinsk ordbok, 1988, s311)

<sup>11</sup> Av gresk "apraxia" ("gjerandsløyse") tap av evne til å gjere vanlege tenlege handgrep eller rørsler, utan at lamming eller kjensletap ligg til grunn (Norsk medisinsk ordbok, 1988, s 60)

<sup>12</sup> Brocas afasi: snakker i telegramstil med usikker uttale av enkeltord. Språkforståelsen er god, men sårbar for sammensatte budskap. Skade i fremre språkområder i hjernen (Reinvang og Sundet, 1988, s 35)

<sup>13</sup> Wernickes afasi: snakker lett og uanstrengt, men innholdet bærer preg av "god dag, mann økseskaft" svar. Forståelsen er usikker, og personen er selv ikke klar over misforståelsene. Skade i bakre språkområder (Reinvang og Sundet, 1988. s 36)

---

### 4.1.1 En utvidet forståelse av afasi

Afasi medfører endringer i personlighet, sinnsstemning og interesser. Det rapporteres om sosial isolasjon, tap av selvtillit, innskrenkninger i tidligere sosiale posisjoner og begrenset kommunikasjon. Følelse av håpløshet og depresjon er utbredt (Simmons-Mackie, 2001;Chapey & Hallowell, 2001). Aktuelle ICF-koder her kan finnes innen Kroppsfunksjoner (b), b1 Mentale funksjoner som har kategorier for emosjonelle funksjoner, temperament og personlighet og selvopplevelse. Aktivitet og deltagelse (d) har flere kategorier under d3Kommunikasjon som kan være aktuelle (for eksempel: d310 Forstå talte ytringer, d330 Tale og d350Samtale) (WHO, 2003, s 117-120).

Det forskes på sammenhengen mellom språkvansker og selvaktelse, og man mener at afasi påvirker selvaktelsen. Selvaktelse kan forklares som hvordan vi bedømmer oss selv, positivt eller negativt (Brumfitt & Sheeran, 1999). Hvordan vi ser på oss selv er igjen av vesentlig betydning for forholdet vi har til andre (Harter, 1999).

**...”the problems result from an interaction between the individual’s organic condition and the social and physical environment”** (Simmons-Mackie, 2001, s 247).

De språk- og kommunikasjonsvanskene som oppstår ved afasi er så omfattende at viktige livsområder på både det psykiske, fysiske, materielle og sosiale plan påvirkes negativt. Årsaken til disse store vanskene bunner i et samspill mellom individets egen biologiske tilstand og det sosiale og fysiske miljøet som omgir vedkommende (Ibid). Afasi beskrives her med de samme termer som brukes av WHO i ICF (s13). Når språk- og kommunikasjonsvansker får så store konsekvenser kan dette sies å reflektere den betydning kommunikasjonsevnen har for i det hele tatt å kunne delta i sosialt liv og samfunn (Chapey & Hallowell, 2001, s 12). Dette rører ved kjernen i ICFs grunnleggende deltagesperspektiv på funksjon og funksjonshemming (WHO, 2003).

Under emneområdet Aktivitet og deltagelse (d) er det domener for livsområder som for eksempel: d6 Hjemmelig, d7 Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner (bl.a. familierelasjoner og uformelle sosiale relasjoner), d8 Viktige livsområder

(arbeid, utdanning og lignende), d9 Samfunnsliv og sosiale livsområder (rekreasjon og fritid, hobbyer osv.).

Miljøfaktorer (e) står i et gjensidig påvirkningsforhold til samtlige områder som er nevnt over, og kan for eksempel være i hvilken grad den afasirammede får hjelp og støtte i familien - som dekkes av kodene e310Nærmeste familie, eller fra helsevesenet. Koden e355Helsepersonell (hvor bl.a. logoped nevnes) kan være aktuell i denne sammenheng. Hvordan tilgjengelighet til hjelpemidler som for eksempel spesialtilpasset dataprogram for kommunikasjon er, kan beskrives med e1251 Hjelpemidler og tilpasset teknologi for kommunikasjonsformål. I hvilken grad man har venner som støtter: e 320Venner. e4 Holdninger har underkategorier for holdninger hos både familiemedlemmer, bekjente og personer i autoritetsposisjoner. Til sist er det et helt domene som dekker tjenester og systemer i både privat og offentlig sektor (WHO, 2003).

## 4.2 Utredning av afasi på Bredtvet kompetansesenter

Den overordnede målsettingen for alt arbeid på Bredtvet er å fremme tilpasset, likeverdig og inkluderende opplæring. Afasiteamet på Bredtvet foretar utredning og kartlegging av afatiske språkvansker og gir råd og veiledning til pårørende og fagpersoner lokalt. Det arbeides både på individ- og systemnivå, men det er de systemrettede tjenestene som skal prioriteres. Teamet er aktive deltagere og pådrivere i utvikling og tilrettelegging av kartleggings- og undervisningsmaterieell (deriblant digitale læremidler) på fagområdet. I 2005 hadde afasiteamet 10 klientutredninger. Henvisningene kommer hovedsakelig fra PP-tjenesten, men også fra voksenopplæringen og helsetjenesten. Utredningsarbeidet består av tverrfaglig kartlegging av bruker/klient på hovedvanskeområdet (afasi) som utgangspunkt for forslag til tiltak og videre oppfølging. Lengden på utredningen avhenger av grad/art vanske og behov for bistand hos det lokale hjelpeapparat. Utredningen kan gjøres ved senteret (det er internat på Bredtvet), i hjemkommunen eller begge steder ved behov (Årsrapport, 2006).

---

## 5. Metode

Problemstillingens ordlyd: Hvordan, og i hvilken grad, kan forstås todelte. *Hvordan* fordrer en vurdering av hvilken måte rapportenes innhold kan presenteres på ved hjelp av ICF. Dette innebærer ikke å legge fram forslag til et kjernesett med ICF-koder for afasi. Jeg vil beskrive *kvaliteten* på de fenomener som kodes med ICF, hvorvidt de fremstår slik at ICFs definisjon av fenomener kan sies å dekke rapportenes beskrivelser. Dette kunne også vurderes omvendt, dvs. hvordan ICF's beskrivelser er egnet til å stå som betegnelser på "virkeligheten". Min oppgave er å vurdere kvaliteten på *rapportenes* beskrivelser av funksjon og funksjonshemming og tiltak i forhold til ICFs kategorier. Den andre delen av problemstillingen handler om *hvilken grad* innholdet i rapportene kan presenteres med ICF. Dette fordrer en kvantitativ vurdering hvor svaret gis i antall ICF-koder og hvor mange ganger de er brukt fordelt på ICFs 4 emneområder. På denne måten inneholder oppgaven både et kvalitativt og et kvantitativt perspektiv. Dette kan beskrives som en "parallell utnyttelse av kvalitative og kvantitative tilnærminger under både datainnsamling og dataanalyse" (Grønmo 1996, s 104).

### 5.1 Induksjon – deduksjon- abduksjon

Det skilles mellom induksjon og deduksjon i metodeteori. Induksjon innebærer å ta utgangspunkt i flere enkelttilfeller for å generalisere ut ifra disse. Ved deduksjon tas det derimot utgangspunkt i en regel /teori for å forklare tilfeller med denne (Alvesson og Skjoldberg, 1994). Min undersøkelse har et teoretisk fundament i ICF og ICFs kodeverk som utgangspunkt for analyse av rapportene. Dette kan sees som en kombinasjon av induksjon og deduksjon, og kan beskrives som abduksjon (Ibid). Ved abduksjon foregår det en gjensidig påvirkning mellom de empiriske funn og teorien som igjen fører til nye tolkninger/omtolkninger. Dette kan gi rom for en ny eller utdypet forståelse av rapportenes innhold (Ibid).

## 5.2 Utvalg av datamaterialet (rapportene)

Til sammen 30 rapporter ble plukket ut av ansatte på Bredtvet kompetansesenter fra dags dato (vinter 2007) og suksessivt bakover i tid. Det ble ikke satt noen kriterier for rapportene. Ønsket var å analysere dem uavhengig av formål og format. Rapportene er fra 1990 og fram til 2007. Rapportene fordeler seg slik på hvert år: 1990 (1), 1991 (1), 1995 (1), 1998 (1), 1999 (3), 2000 (1), 2001 (1), 2002 (5), 2003 (2), 2004 (6), 2005 (2), 2006 (3) og 2007 (3).

### 5.2.1 Rapportenes omfang, henvisningsbakgrunn, mål og form

Jeg vil her gi en oppsummering av ulike trekk ved rapportene med tanke på videre presentasjon og drøfting. Alder på rapportene er beskrevet over i 5.2.

#### *Omfang*

Et ca mål for størrelse kan være antall tekstenheter som i N6 ble valgt til 1 linje<sup>14</sup>. Det totale antall linjer i alle rapportene er 3984. Gjennomsnittlig antall pr rapport er da tilnærmet 132 linjer. Den korteste rapporten består av kun 46 linjer og den lengste 247 linjer. 21 rapporter (over 2/3) har over 100 linjer og av disse er 11 på over 150 linjer.

#### *Henvisningsinstanser*

Instanser som ber om utredning er logopeder, voksenopplæringscentre, spesialpedagogiske sentre, PPT, opplæringsansvarlig i kommunen og lege.

#### *Alder på de tilmeldte*

Det er en spredning i fødselsår fra 1912 til 1971. 10 personer er født før 1940 og 5 er født etter 1960.

---

<sup>14</sup> Jeg gjør oppmerksom på at det antallet tekstenheter som er oppgitt i N6 ikke blir helt nøyaktig gjengivelse fordi linjer uten tekst også telles selv om jeg har ryddet noe underveis ved å slette en del slike tomme linjer.

---

### *Mål for utredning*

Hovedtyngden (28 rapporter) dreier seg om utredning av status på språklig funksjonsnivå i alle/noen av de språklige modaliteter og å gi forslag til tiltak og /eller justere tiltak som allerede pågår. Flere av disse ber også om utredning av apraksi (s 22). I 9 rapporter bes det om en utprøving av pc-programvare for å vurdere om det er et egnet hjelpemiddel. 1 rapport ønsket spesialkompetanse på fremmedspråklighet i f.b.m. afasi og 1 rapport hadde som mål å utrede kommunikasjonsferdigheter i sammenheng med visuell agnosi<sup>15</sup>.

### *Innhold og form*

Klientens sivilstand beskrives gjerne innledningsvis samt om ektefelle eller andre deltar i utredningsoppholdet. For øvrig beskrives ofte fysisk tilstand med ulike pareser osv. tidlig i utredningen. Forslag til tiltak er plassert enten i småkapitler underveis, eller som en egen samlet del på slutten, like før eller i konklusjon.

De to eldste (og korteste) rapportene er i sin helhet skrevet rundt Norsk Grunntest for Afasi (s 19). Rapporter som gjengir resultater fra flere formelle tester og kartleggingsverktøy er ofte inndelt i småkapitler etter disse testenes innhold, men det gjelder ikke alle. I de fleste rapportene skrives det en konklusjon til slutt med en kort oppsummering av klientens tilstand generelt og spesielt, samt et resymé av anbefalinger og eventuelle avtaler.

## 5.3 ICF internettbrowser og NUD\*IST

ICF finnes både i papirutgave (Kortversjon og Fullversjon) og i en elektronisk utgave. Den elektroniske versjonen inneholder både brukerveiledning og en søkefunksjon. Dette kan lastes kostnadsfritt fra internett til lokal pc via [www.kith.no](http://www.kith.no). ICFs elektroniske søkeverktøy (browser) er det ene av de to datatekniske verktøyene som er benyttet i min undersøkelse. Kilden til dette kapittelet er [www.kith.no](http://www.kith.no) og brukerveiledningen i browseren.

---

<sup>15</sup> Visuell agnosi: tap av evne til å forstå synsinntrykk (Norsk medisinsk ordbok, 1988)



### 5.3.1 ICF browser – innhold, struktur og funksjoner

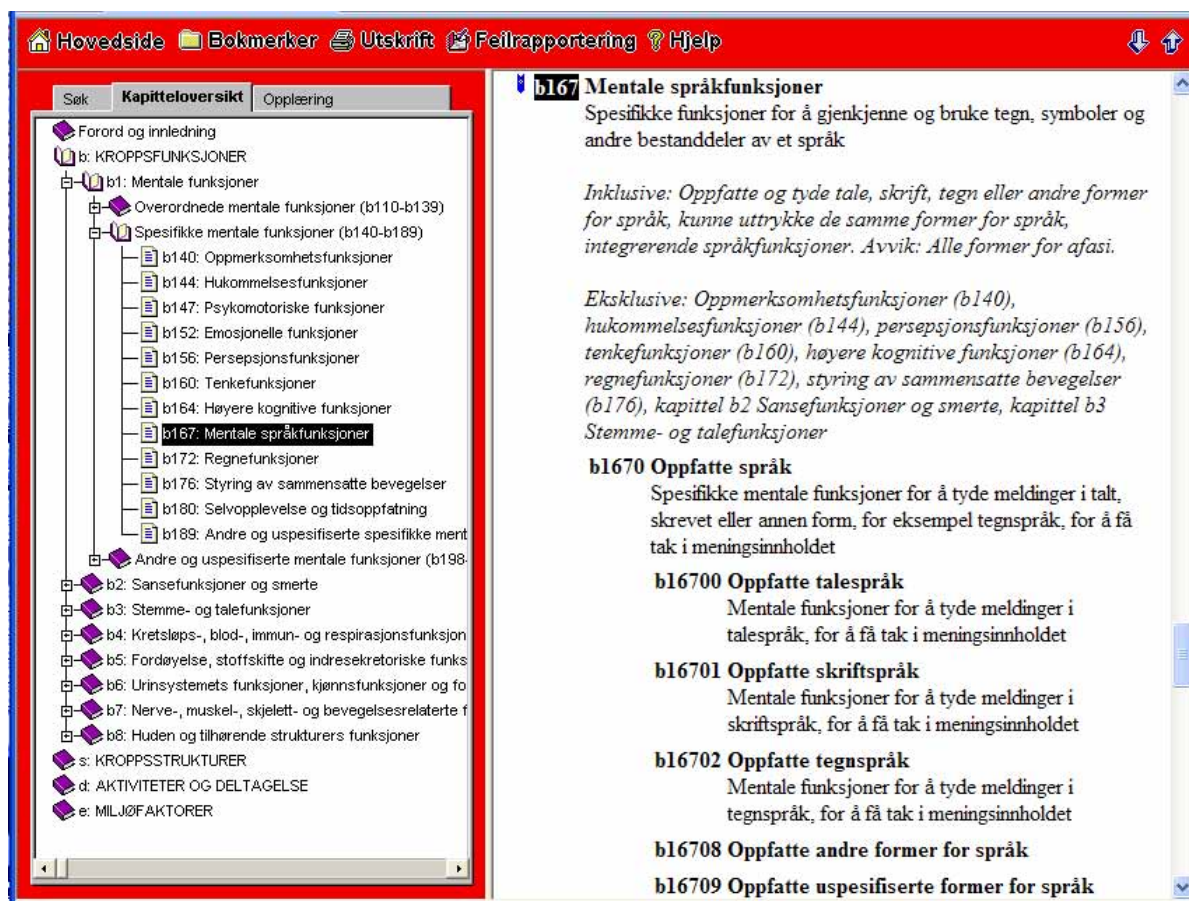
ICFs browser gjør det mulig å orientere seg i hele klassifikasjonssystemet og å finne ICFkoder til beskrivelser. Som vist i Figur 4 (s 31) er skjermbildet todelt med skillefanene ”Søk”, ”Kapitteloversikt” og ”Opplæring” på skjermbildets venstre halvdel. Ved å klikke på skillefanene får man tilgang til innholdet under dem og dette vises på den høyre siden, innholdssiden, av skjermbildet ([www.kith.no](http://www.kith.no)).

”Opplæring” inneholder både Brukerveiledning for søkeverktøy og Vedlegg som omhandler Retningslinjer for ICF-koding, Etske retningslinjer osv.

Under ”Søk” kan man foreta fritekstsøk ved å skrive ett/flere ord eller ICF kode i søkefeltet på venstre side av skjermbildet. Resultatet listes opp under søkefeltet og ved å klikke på relevant svar vil detaljert innhold vises på høyre side.

”Kapitteloversikt” rommer fullversjonen av ICF, dvs de fire emneområdene med blokker og kapitler og kategorier på samtlige 4 emnenivåer (fem- og sekstegnskoder) ([www.kith.no](http://www.kith.no))

Figur 4 viser ”trestrukturen” i ICF. Her er Kapitteloversikt-fanen aktivert og man ser boksymboler foran de fire emneområdene (b,s,d og e). Ved for eksempel å dobbeltklikke på boksymbol b: KROPPSFUNKSJONER åpnes området og alle domene vises under hverandre med +tegn og boksymboler foran. Ved å klikke på +tegn kan man åpne for eksempel b1 Mentale funksjoner. Da vises de 3 blokkene som er ordnet under b1, med overskriftene ”Overordnede mentale funksjoner (b110-b139)”, ”Spesifikke mentale funksjoner (b140-b189)” og ”Andre og uspesifikke mentale funksjoner (b198-b199)”. Under disse blokkoverskriftene befinner kapitlene seg, her eksemplifisert ved b167 Mentale språkfunksjoner. Ved å åpne dette kapitlet vises innholdet på høyre skjerm med alle definisjoner, inklusive og eksklusive, samt kategorier på 3. og 4. emnenivå (fem- og sekstegnskoder) der det finnes. Her vises kategorier med seks tegn, b16700, b16701 osv. som er det høyeste nivå.



Figur 4 Eksempel på skjermbilde i ICFbrowser ([www.kith.no](http://www.kith.no))

Tekst på den høyre siden av skjermbildet kan merkes, kopieres og limes inn i eksterne dokument. Denne funksjonen ble kontinuerlig benyttet i arbeidet med å kode rapportene (i NUD\*IST). Søkefunksjonen har vært vesentlig fordi den har gitt mulighet til å søke med ord fra rapportene som ofte ikke finnes direkte i kodenavn, men kanskje i definisjonene av innholdet i kodene som for eksempel vist under b167 Mentale språkfunksjoner i Figur 4. De ulike svaralternativene som listes opp ved søk har utvidet forståelsen av både ICF og hva de ulike begrepene kan bety. ICF browser har vært hovedinnfallsporten til kunnskap om ICF som utgangspunkt for hele undersøkelsen og viktig redskap underveis i bearbeiding og analyse av rapportene.

### 5.3.2 NUD\*IST

QSR NUD\*IST<sup>16</sup> versjon 6 (N6) er det datatekniske verktøyet jeg har brukt for å analysere rapportene fra Bredtvet. Disse ble anonymisert, formatert til rene tekstfiler og importert inn i N6. Det ble opprettet to prosjekter i N6: ett for koding av rapportenes beskrivelser av funksjon og funksjonshemming og ett for koding av tiltaksforslag. I det følgende gjør jeg rede for noen grunnleggende begrep i N6 og hvordan jeg har benyttet disse i kombinasjon med ICF som utgangspunkt for presentasjon av analyse og resultater.

#### *Noder*

Mange ulike tekstenheter innenfor samme tema kan samles i det som kalles en node (Theie og Tangen, 2003).

Noder er ”merkelappen” for et tema som settes på valgt tekstenhet i rapportene, for eksempel ”b1670 Oppfatte språk”. Det er i nodene man koder tekstenhetene.

#### *Koding*

I kvalitativ forskning innebærer analyse av tekst vanligvis at den må brytes ned til mindre enheter og skilles ut fra sin naturlige sammenheng ved å bli gitt navn/betegnelser. Denne prosessen kalles koding (Richards, 2005; Dalen, 2004; Theie og Tangen, 2003). Innen kvantitativ forskning innebærer koding en reduksjon av dataene ved bruk av symbolsystemer eller tall. Dette gjøres også i kvalitativ forskning (om enn i mindre grad). Kodingens hensikt er å skape tilgang til datamaterialet for å finne sammenhenger/forskjeller (Strauss & Corbin, 1998; Dalen, 2004; Richards, 2005). Da jeg kodet tekstenheter<sup>17</sup> (linjer) med noder som var gitt for

---

<sup>16</sup> Qualitative Solutions Research Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theory building

(<http://www2.hivolda.no/amf/tilsette/roppen/nudist.html#Kva%20er>)

<sup>17</sup> I N6 valgte jeg den minste tekstenheten til å være 1 linje (units). Dette betyr at det alltid var 1 hel linje som ble kodet med noder. Dette ble vurdert til mest hensiktsmessig fordi beskrivelsene strekker seg over mer enn et ord (som regel).

---

eksempel navnet ”b1670 Oppfatte språk” ble etter hvert samtlige tekstenheter som fikk denne noden knyttet sammen.

### *Frie noder*

Frie noder er betegnelsen på noder som plasseres i et område i N6 som fungerer som et midlertidig lager for noder man ikke er helt sikker på er relevante/kommer til å bli benyttet videre (Richards, 2005). Jeg kopierte ICFkoder direkte fra ICF browser inn i frie noder i N6.

### *Trenoder*

Trenoder er betegnelsen på noder som til forskjell fra frie noder organiseres i et hierarkisk system i N6. Dette systemet har oppbygging som et tre med hovedkategorier, underkategorier osv. (Theie og Tangen, 2003). Før jeg startet kodingen av rapportene ble toppstrukturen i trenodene fullført. De 4 emneområdene (b, s, d og e) og flesteparten av hovedkapitlene/domenene under dem ble kopiert fra browser og limt inn i trenodesystemet. Hensikten var å ha en bakgrunn å kode ut fra/til, samtidig som jeg også kunne ha mulighet til å se hvilke av ICFs emneområder og kategorier som eventuelt ikke ble brukt. Det var hele tiden mulig å endre på dette ut fra behov underveis. De frie nodene ble etter hvert flyttet over i trenodesystemet og plassert under rett emneområde i tråd med ICFs egen trestruktur (s 8 og s 30).

### *Dokumentbeskrivelse*

I N6 er det et eget felt, ”Descriptions”, hvor man kan skrive inn grunnleggende informasjon om dokumentet (Theie og Tangen, 2003). Opplysninger om kjønn, årstall født og årstall for når rapporten ble skrevet på Bredtvet ble lagt inn i ”Descriptions” for hver rapport. I N6 kalles dette attributtene til dokumentene i et prosjekt (Richards, 2005).

### *Memo*

Memo er et dokument knyttet til en tekst som analyseres (rapporten) eller til en node (ICF-kode). I memo skrives kommentarer som gjelder for eksempel bakgrunnsopplysninger om dokumentet/refleksjoner ved valg av koder, spesielle trekk ved rapporten osv. (Srauss & Corbin, 1998; Theie og Tangen, 2003).

Jeg opprettet memo til rapportene hvor dato og tid for kodingen alltid ble satt inn først. I prosjektet for beskrivelser av funksjon og funksjonshemming ble henvisningsgrunn og tekstdeler som beskriver tester og kartleggingsverktøy kopiert og limt inn i hver rapport's Memo. Bakgrunnsopplysninger for henvisningene var for eksempel slik:

Rapport A30:” .henvist til Bredtvet kompetansesenter av Voksenopplæringen i xxxx. Y var henvist for afasi som følge av apoplexia cerebri i begge hjernehemisfærer i mnd år.. Etter utskriving fra sykehus hadde han...”

Dette ble ikke kodet med ICF. Videre kopierte jeg også tekstavsnitt hvor ulike tester og lignende ble omtalt (disse ble imidlertid kodet i rapportene). I rapportmemoene skrev jeg også inn egne tanker og kommentarer angående den aktuelle rapporten.

ICFs definisjon av kategorien ble kopiert direkte fra browser inn i memo til noden i N6. Når tekstenheter ble kodet med en node ble betegnelsene på hver rapport (A1, A2 osv.) og hva i denne rapporten som var kodet med noden som regel kopiert inn i memo til noden. Her skrev jeg noen steder også refleksjoner vedrørende tvil osv. .

### *Annotasjoner*

Annotasjoner er små tekstenheter tilknyttet deler av dokumentet (Theie og Tangen, 2003). I annotasjoner skrev jeg små kommentarer som for eksempel forklarer hvorfor den noden (ICF-koden) er benyttet akkurat om denne saken:

Rapport A15:”<<d140./d166. (Lære å skrive/lese) - vansker før afasi. lite interesse= b1301.>>XX hadde lese- og skrivevansker før x fikk afasi og har derfor aldri vært glad i å lese.”

Annotasjoner vises i teksten mellom <<>>. Dette eksemplet fra N6 viser et tilfelle der annotasjonen ble brukt for å forklare hva kodene er ment å dekke.

### **5.3.3 Praktisk bruk av ICFbrowser og N6**

Gjennom hele analysen av rapportene har jeg benyttet ICF browser og N6 parallelt. Likhetene i de hierarkiske strukturene har gjort dette hensiktsmessig. Det har vært praktisk å ha to pc-skjermer samtidig, slik at jeg har sett ICF på den ene og N6 på den andre og kunnet kopiere og limt fra ICF til N6 etter hvert som søkefunksjonen i ICF har gitt meg relevante koder.

---

Jeg gjør oppmerksom på at modifikatorsystemet i ICF ikke har blitt benyttet i denne undersøkelsen, og det er heller ikke skilt mellom Aktivitet (a) og deltagelse (p) i kodingen av rapportene (s 10). Dette kunne vært interessant å gjøre for å se hvordan bruk av ICF i sin fulle bredde ville fortone seg. Imidlertid ville dette kreve atskillig mer tid og plass enn det som er til rådighet.

## 5.4 Bearbeiding av rapportene

Dette kapitlet redegjør for den analytiske metoden som er benyttet. Kodingen av rapportene danner utgangspunkt for analyse og resultater. I seg selv er koding en analytisk prosess (Strauss & Corbin, 1998). Denne prosessen består av ulike operasjoner hvor dataene organiseres ut ifra hva de gir opplysninger om og hvilken relevans disse opplysningene har for problemstillingen. På denne bakgrunn deler Richards (2005) prosessen i tre: ”Descriptive coding”, ”Tema coding” og ”Analytical coding”. Jeg oversetter disse betegnelse direkte til norsk og benytter disse i det følgende.

### 5.4.1 Deskriptiv koding

Deskriptiv koding innebærer en utvalgsprosess hvor informasjon om dataene blir lagret. Det handler ikke om koding eller tolking av selve tekstinnholdet som sådan (Richards, 2005). I mitt prosjekt innebar dette to operasjoner:

- Lagring av opplysninger om kjønn, alder og årstall på rapporten i Descriptions i N6 (Dokumentbeskrivelse).
- Kopiering av bakgrunn for henvisningene og beskrivelsene av tester inn i memo for rapportene.

Henvisningsgrunnene ble ikke kodet med ICF fordi de ikke er produkter av utredningen på Bredtvet, og dermed heller ikke gjenstand for analyse i forhold til problemstillingen.

### 5.4.2 Temakoding

Temakoding innebærer en grovsortering og organisering av tekstinnholdet i hvert dokument under tema som kan være relevante for analysen. Dette er den kodingen som hovedsakelig dominerer i den tidlige fasen av prosjekter før kunnskapen er fundert, og kan sees som det første skritt på vei til en dypere forståelse av materialet (Richards, 2005). Temakoding kan sies å ha mye felles med ”Open coding”, som er et analytisk redskap for å identifisere og oppdage teoretiske begreper og deres egenskaper i datamaterialet (Strauss & Corbin, 1998; Dalen, 2004). Temakodingen foregikk på denne måten:

Rapportene ble delt i to prosjekter hvor beskrivelsene av afasi ble kodet i det ene og tiltaksforslagene i det andre.

Alle rapportene ble analysert ut fra beskrivelser og tiltak. I mange av rapportene var beskrivelser og tiltak skrevet sammen. Det ble derfor opprettet to prosjekter, prosjekt ”Beskrivelser av funksjon og funksjonshemming” og prosjekt ”Tiltak”. Dermed kunne disse to kodes i separate operasjoner. Under selve kodingen ble da tiltaksforslag ikke kodet i Beskrivelser av funksjon og funksjonshemming og omvendt. Dette muliggjorde en analyse av eventuelle forskjeller prosjektene imellom. Da ble det bl.a. mulig å finne om/hvordan ICFs beskrivelser av funksjon og funksjonshemming er representert også i utformingen av tiltak i rapportene.

Kodingen av teksten med frie noder kan beskrives som temakoding. De frie nodene ble ikke organiserte inn i trenodesystemet før etter at jeg hadde sett flere sammenhenger som kunne dekkes av aktuelle domener og kategorier i ICF.

### 5.4.3 Analytisk koding

Analytisk koding innebærer refleksjon og fortolkning av mening og opprettelsen av kategorier og underkategorier som data samles i (Richards, 2005). Dette har likhetstrekk med ”Axial coding” som betegner prosessen med å finne sammenhenger og mønstre i materialet (Strauss & Corbin, 1998). Analytisk koding er den sentrale delen av kodingsprosessen. Hensikten med den analytiske prosessen er å samle de

---

fragmenterte dataene i meningsfulle kategorier (Richards, 2005; Strauss & Corbin, 1998)

Den analytiske kodingen i min oppgave besto bl.a. i å flytte de frie nodene over i trenodesystemet og samtidig utvide trenodene videre med stadig flere emneområder, hovedkapitler/domener og kategorier/emnenivåer fra ICF. Dette innebar refleksjoner over meningsinnholdet. Mesteparten av ICFs grunnstruktur var lagt inn i trenoder på forhånd (s 33). Dette dannet utgangspunkt for å kopiere inn stadig flere kategorier på ulike emnenivåer.

Fordi de fleste nodene fikk en memo med ICF-definisjoner og rapportbeskrivelser, hadde jeg gradvis mindre behov for å søke i ICFbrowser (5.3.1). Dermed kunne jeg forholde meg til de opplysningene som nå lå i N6. Av og til måtte jeg likevel sjekke nærmere om jeg hadde forstått og om det kunne være andre ICF-koder som ikke var benyttet før og som kunne være aktuelle.

Proessen med å finne ICF-koder til tekstavsnitt innebar en nøye vurdering av definisjonen av kodene og hva som fremgikk av teksten. Eksempel på slike vurderinger kan være utfordringen med å finne hvorvidt en beskrivelse handlet om en grunnleggende ferdighet eller en generell evne. I utklippet fra memo til noden d145

Lære å skrive står det: Rapport A1: "Her har jeg valgt d145 - som representerer ferdigheten å kunne skrive grammatisk rett, formidle mening. Alternativ kode er d 170: som slik jeg tolker det mer innebærer å utarbeide skriftelige redegjørelser (større skriftproduksjon - noe testen ikke sier noe om!)." Eksemplet her beskriver dilemmaet som oppstod når tekst i rapporten (som i dette tilfellet var en gjengivelse av resultater på en deltest i NGA) ikke gav nok holdepunkter i f.h.t. ICF for å kunne avgjøre sikkert hvilken ICF-kode som vil være mest dekkende. Ved usikkerhet valgte jeg i stedet en kode på nivået over (s 9). Enkelte avsnitt har en overordnet kode og en spesifikk kode under denne, fordi jeg mente det kunne uttrykke at det samlet dreide seg om et hukommelsesproblem slik: koden b144

Hukommelsesfunksjoner b1442 Fremhenting av minne: Rapport A2: "... Han har større problemer med å gjenta ord og setninger, og på testens benevningsdel oppnår han 24 av 41 poeng. Han har bl.a. vansker med å benevne gjenstander og kroppsdelene, og å beskrive handlinger. Han har <<b144./b1442. ?>> imidlertid nytte av fonemisk prompting dvs. hjelp med første lyd eller stavelse."



## 6. Validitet og reliabilitet i undersøkelsen

**”Validity, in a broad sense, pertains to this relationship between an account and something outside of that account, whether this something is construed as objective reality, the constructions of actors, or a variety of other possible interpretations.”  
(Maxwell,1992, s 283)**

Her forklarer Maxwell hvordan man i vurderingen av en undersøkelses validitet må ta med noe utenfor det som er undersøkt og sammenligne med dette. ICFs grunnleggende prinsipper med emneområder, domener og kategorier kan sees som en ytre objektiv konstruert ”virkelighet” (WHO, 2003). Slik jeg forstår dette vil validitetsdiskusjonen i mitt prosjekt avhenge av hvor relevant og passende ICF er til å beskrive de fenomener som fremkommer i rapportene. Samtidig får jeg da mulighet til å innta ”different perspectives” i analysen for å styrke validiteten (Ibid).

Maxwell (1992) deler validitetsdiskusjonen i fem kategorier som er relevant for kvalitativ forskning: *Deskriptiv validitet, tolkningsvaliditet, teoretisk validitet, generaliseringsvaliditet og evalueringsvaliditet*. Med unntak av evalueringsvaliditet vil jeg bruke disse fire validitetsformene som utgangspunkt for diskusjon.

### 6.1.1 Deskriptiv validitet

Deskriptiv validitet omhandler med hvilken nøyaktighet undersøkelsen er gjennomført. Dette innebærer et kritisk blikk på hvorvidt datamaterialet er gjengitt slik det opprinnelig ble produsert uten tillegg av tolkning osv.. Dette danner også grunnlaget for de andre formene for validitet (Maxwell, 1992).

Rapportene ble kopiert direkte inn i N6 uten andre endringer enn anonymisering. Den deskriptive validiteten kan dermed sies å være helt klar på dette området. Imidlertid kan det diskuteres hvorvidt selve kodingen av teksten representerer en usikkerhetsfaktor med bakgrunn i valg av 1 linje som tekstenhet i N6. Dette fører til at noen ord som utgjør en del av fenomenbeskrivelsene kan ha uteblitt, eller at noen ord som ikke hører til har blitt med i kodingen. Jeg har imidlertid hele tiden søkt å innlemme det som kan sies å være kjernen i fenomenet for aktuell ICF-kode. “No

---

account can include everything, and “accuracy is a criterion relative to the purposes for which it is sought” (Maxwell, 1992, s 287)

Det avgjørende vil hele tiden være å diskutere de valg som er gjort opp mot formålet med undersøkelsen. For å kunne analysere rapportene ut fra de fenomener som beskrives i dem, var det nødvendig å foreta valg hvor ord som ikke sa noe direkte om fenomenet måtte velges bort eller tas med. Måten nodememo ble brukt på (s 33), samt annotasjoner i teksten utgjør så langt jeg forstår en styrke med hensyn til deskriptiv validitet.

### 6.1.2 Tolkningsvaliditet

Tolkningsvaliditet omhandler hvor forståelige resultatene er sett i forhold til problemstillingens formål (Maxwell, 1992).

I mitt prosjekt vil denne formen for validitet avhenge av hvorvidt de tekstenhetene (som utgjør fenomenbeskrivelsene i rapportene) som er kodet kan forstås som det samme som ICF-koden inkluderer i sin definisjon, dvs- i hvilken grad jeg har gjennomført hele kodingsprosessen og i særlig grad den analytiske kodingen (s 36) på en grundig måte. Dette kan innebære to aspekt:

- 1- Hvordan jeg har forstått ICFs definisjon av koden. Dette er selvsagt et usikkerhetsmoment fordi det avhenger av min egen fagkunnskap og forståelsen av ICFs terminologi og begrepsverden.
- 2- Hvor forståelig de tekstenhetene jeg har kodet i rapportene er i forhold til ICFkoden (e) de har fått. På bakgrunn av de ulike framstillingsmåtene i rapportene vil dette kunne diskuteres.

Andre viktig moment er at rapportene er skrevet av andre enn meg selv og jeg har ikke vært tilstede ved de aktuelle utredningene. Dette kan med stor sannsynlighet ha ført til at jeg ikke alltid har forstått hva forfatteren opprinnelig mente. Konsekvensen kan være at jeg har valgt ICF-koder for andre fenomen enn det beskrivelsene i rapportene var ment å representere fra saksbehandlerens (logopedens) side.

### **6.1.3 Teoretisk validitet**

Den teoretiske validitet omhandler den teori som enten brukes som utgangspunkt for undersøkelsen, eller utvikles underveis, og hvorvidt denne teorien kan anses å være relevant i forhold til de fenomen som er studert. Da er det særlig viktig å legge til grunn hva som anses som faglig anerkjent og akseptert (Maxwell, 1992).

Et moment er at jeg ikke har brukt modifikatorer og heller ikke skilt mellom aktivitet og deltagelse i kodingen av rapportene. Dermed har jeg pr definisjon ikke benyttet et fullverdig klassifikasjonssystem. Dette kan tenkes å svekke den teoretiske validiteten.

Det er to hovedårsaker til at jeg ikke har benyttet modifikatorer. For det første er det ikke mulig å gjøre dette korrekt i ettertid på en rapport som ikke jeg selv har skrevet (etiske betraktninger), jeg kjenner ikke til personene og det finnes ikke noen standard for hvordan for eksempel testresultater kan beskrives med ICF og modifikatorer. For det andre begrenser både tid og plass en slik bruk når dette ikke heller er nødvendig for å besvare oppgavens problemstilling.

Den teoretiske validiteten bør derfor diskuteres ut fra hvorvidt det er faglig relevant å bruke ICFs teori og system som utgangspunkt og ramme for analyse av denne type rapporter. Til dette vil jeg svare ja. På tross av betenkningene rundt at jeg ikke har brukt modifikatorer, mener jeg at det er tilstrekkelig dokumentasjon både fra forskningsmiljøet i helsesektoren og innen spesialpedagogikk/afasiområdet som kan tilsi at ICFs teori er valid teori å benytte for å analysere rapportene.

### **6.1.4 Generaliseringsvaliditet**

Denne siste form for validitet som skal diskuteres her omhandler hvorvidt man kan anta at de resultater som fremkommer kan overføres til å gjelde lignende tilfeller som ikke er studert (Maxwell, 1992). Forutsatt at måten rapporter blir skrevet på ikke skulle endre seg i særlig grad, vil man kunne anta at en tilsvarende undersøkelse vil føre til noenlunde samme resultat, i alle fall i store trekk. Slik jeg ser det er generaliseringsvaliditet imidlertid ikke så avgjørende for validitetsvurderingen totalt i denne undersøkelsen.

---

### 6.1.5 Reliabilitet

Reliabiliteten knyttes til om man kan stole på at metoden(e) er nøyaktig benyttet og at man derigjennom kan stole på resultatene (Richards, 2005). Reliabiliteten henger nøye sammen med tolkningsvaliditeten, som er diskutert (6.1.2). Min manglende kunnskap om situasjonen rapportene ble skrevet i, hva forfatteren kunne ha ment opprinnelig og at jeg har misforstått ICFs definisjoner, vil kunne føre til inkonsekvent koding. For å finne hvorvidt min koding var konsistent, valgte jeg ut en av de rapportene som ble kodet i januar d.å. og importerte en tekstfilkopi av denne til N6 uten å sjekke hvordan den ble kodet første gang (Richards, 2005). Ved en sammenligning av de to rapportene fant jeg følgende:

3 kategorier som ble brukt i januar var ikke benyttet nå (1.gang koding A6: 24 noder, 2.gangs koding A6: 52 noder). Totalt 28 flere kategorier ble benyttet i den nyeste kodingen.

Denne sjekken viser at det er stor forskjell mellom disse to rapportene i bruk av antall koder fra ICF. Den nyeste utgaven er kodet med mer enn dobbelt så mange noder som den eldste utgaven. Hvilke kategorier som er brukt på hvilke betegnelser er imidlertid det samme, med unntak av kode for oppmerksomhetsnivå ved første koding som ikke ble gjort i testen. Jeg antar at hovedårsaken til disse forskjellene ligger i min egen kunnskapsutvikling og det stadig voksende trenodesystemet, som gjorde at jeg så flere kodemuligheter den siste gangen. Samtidig kan det være tilfeldig oppmerksomhet på hvilke ICF-koder som er aktuelle i og med at det ikke er noen standarder. Slik testing kalles konsistenstesting (Richards, 2005). Det kan diskuteres hvorvidt en konsistenstest i det hele tatt er egnet til å fastslå noe sikkert om hvordan kodingen kan sies å være reliabel nettopp på grunn av det jeg her har nevnt.

Til slutt må det sies at selv om en ICF-kode forekommer mange ganger er ikke dette nødvendigvis et uttrykk for tyngdepunkt i rapportene. Vektlegging bør sees ut fra en samlet vurdering av kvaliteten på de beskrivelser av funksjon og funksjonshemming og forslag til tiltak som befinner seg i rapportene.

## 6.2 Forskningsetiske refleksjoner

Selv om forskningsetikk i første rekke er retningslinjer og veiledning, er det også områder som overlappes av offentlige lovverk. Et eksempel er kravet om konfidensialitet i forskningsetiske retningslinjer som dekkes av Forvaltningsloven §13e om taushetsplikt. Dette er et krav som jeg er strafferettslig ansvarlig ovenfor i f.h.t de personopplysninger jeg får tilgang til gjennom arbeidet med rapporter (NESH, 2006, punkt 14). I utgangspunktet ble samtlige rapporter anonymisert på Bredtvet før jeg fikk dem, men på grunn av mulighet for gjenkjenning av personer skal prosjektet tilmeldes Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste ved prosjektleder (NESH, 2006, punkt 10).

WHO henstiller til å bruke ICF på en helhetlig måte ved å klassifisere både enkeltpersoners helsetilstand og den fysiske og sosiale kontekst de lever i (WHO, 2003, s 211, punkt 7).

Jeg forplikter meg til å utforme oppgaven slik at den er tilgjengelig og etterprøvable for andre forskere generelt, i første rekke de prosjektansvarlige. I denne sammenheng er det naturlig å trekke fram normer for forskningsetikk og vitenskapelig redelighet, som innebærer å utøve god henvisningsskikk og å avstå fra plagiering (NESH, 2006, punkt 27, 28, 29).

Jeg vil avslutte med å henvise til ”normen om vitenskapelig ydmykhet i forståelsen av virkelighetens kompleksitet” (NESH, 2006, s 34). Her oppfordres jeg til å forholde meg åpent kritisk til begrensninger i egen fagkompetanse og vurderingsevne. Dette bør gjenspeile seg i eksplisitte refleksjoner vedrørende valg av teoretisk utgangspunkt og metoder, analyse og tolkning av resultater og diskusjon angående gyldighet og pålitelighet. I tillegg er jeg ydmyk overfor det faktum at det materialet som er gjort til gjenstand for analysen er rapporter som omhandler unike personer med unike behov som er grundig utredet og beskrevet av høyt kvalifiserte fagfolk.

---

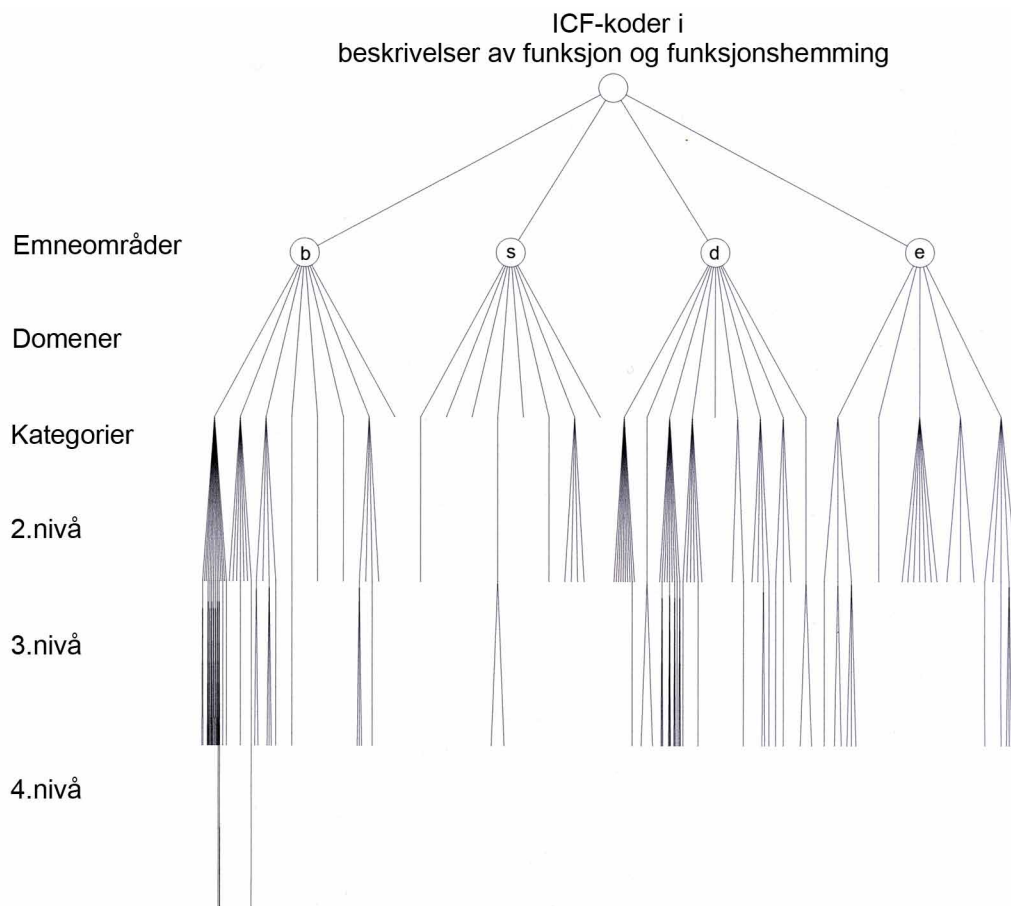
## 7. Analyse av data fra beskrivelser av funksjon og funksjonshemming og tiltak i rapporter etter utredning av afasi.

Formålet med analysen er todelt. På den ene siden skal jeg vise hvordan fenomenbeskrivelsene og tiltaksforslagene i tekstene faller sammen med og dermed er kodet med ICF's kategorier. Dette innebærer en kvalitativ vurdering av rapporttekstene.

Den andre delen av analysen dreier seg om å vise i hvilken grad det har latt seg gjøre å finne ICF-koder til teksten. Dette innebærer det kvantitative perspektivet. Jeg viser først i hvilken grad ICFs emneområder er representert. Deretter viser jeg detaljert hvilke domener og kategorier som er brukt – antall ganger i antall rapporter. Dette blir gjort for hvert av de fire emneområdene, atskilt i beskrivelser av funksjon og funksjonshemming og i tiltak. Underveis viser jeg bakgrunn for valg av koder gjennom presentasjon av sitater. For hvert emneområde kommer jeg med en kort oppsummering av hvordan dette området er vektlagt og hvordan kvaliteten på rapportene kan vurderes. På denne måten vil jeg vise hvordan rapportenes innhold fremtrer som utgangspunkt for en avsluttende oppsummering og drøfting av rapportene i lys av ICF og relevant teori.

### 7.1 Innledende analyse av beskrivelser av funksjon og funksjonshemming og tiltak

Først vil jeg vise en skjematisk oversikt over hvordan beskrivelser av funksjon og funksjonshemming og tiltak fremtrer i rapportene etter at de er kodet med ICFs kategorier (Figur 5 og Figur 6). I disse oversiktene kan vi se hvordan ICF- kodene fordeler seg på de fire emneområdene Kroppsfunksjoner (**b**), Kroppsstrukturer (**s**), Aktivitet og deltagelse (**d**) og Miljøfaktorer (**e**) og på domenene og de 4 kategori-nivåene (emnenivåene) (s 9) under dem:

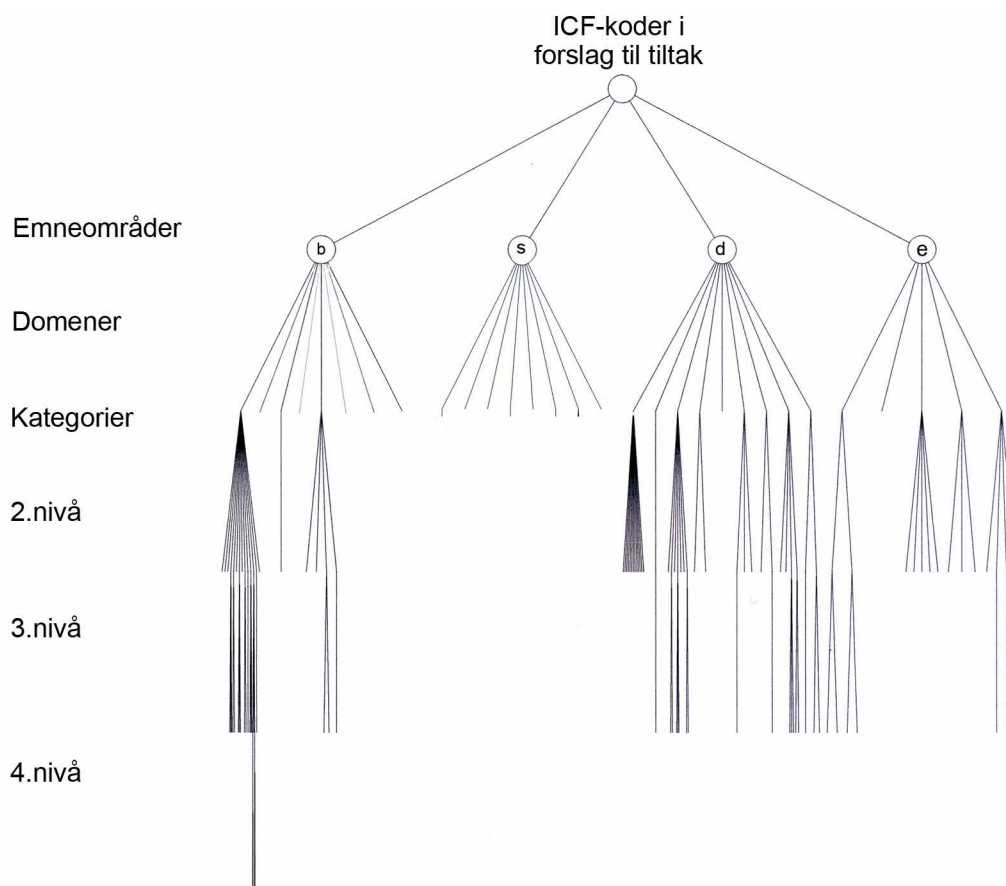


*Figur 5 Oversikt over hvordan ICFs 4 emneområder med underliggende domener og kategorier er representert i beskrivelser av funksjon og funksjonshemming*

Jo mørkere felt som vises i figuren jo flere kategorier er brukt av de 170 ICF-kodene som totalt befant seg i trenodesystemet i N6 (Vedlegg 2). Manglende linjer viser ubrukte områder. Lange linjer viser at det er brukt koder med flere tegn som for eksempel 6-tegns-koden b16711 Uttrykke skriftspråk. Denne koden er på det høyeste detaljerte nivå (4.nivå) som finnes i ICF.

Figur 5 viser at samtlige av ICFs emneområder er representert i beskrivelsene av funksjon og funksjonshemming. 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 6 Oversikt over hvordan ICFs 4 emneområder med underliggende domener og kategorier er representert i rapportenes forslag til tiltak*

I Figur 6 ser vi at det ikke er brukt koder fra Kroppsstrukturer (s), mens de andre tre områdene er brukt i noe ulik grad. Det bredeste spekteret ser ut til å være innenfor Aktivitet og deltagelse (d), mens spesialiserte koder er registrert under Kroppsfunksjoner (b). Miljøfaktorer (e) er representert med koder i 4 domener.

I tillegg til oversikten over hvordan ICFs emneområder er representert er det nødvendig å foreta en analyse av hvor hyppig de enkelte ICF-kodene er brukt for å kunne gi et svar på hvordan og i hvilken grad rapportene fremstår i lys av ICF. For å illustrere resultatene har jeg brukt to typer tabeller for hvert av prosjektene under de 4 emneområdene. Det første tabellsettet viser alle domenene i emneområdene og i hvilken grad disse er brukt med antall kategorier på de ulike emnenivåene (2., 3. og 4.nivå). (Rådataene for tabellene er samlet i Vedlegg 2)



Det andre tabellsettet er rangerte lister over kategorier som er benyttet i hvert emneområde og med kolonner for antall ganger brukt og i hvor mange rapporter. Størrelsen på de utdragene jeg presenterer av disse listene bestemmes ut fra hva jeg mener er nødvendig for omtale i teksten. (Fullstendige lister er i Vedlegg 3.) For å tydeliggjøre hva som ligger til grunn for kodingene vil jeg vise utdrag fra rapporttekstene underveis.

## 7.2 Analyse av emneområdet Kroppsfunksjoner (b)

ICF tar utgangspunkt i funksjon og av de to emneområdene i helsedomenet er Kroppsfunksjoner (b) det mest omfattende. Det vil si at dette emneområdet har flest kategorier og underkategorier på detaljert nivå (WHO, 2003; nærmere omtale s 10).

### *Analyse av hvordan emneområdet Kroppsfunksjoner (b) fremtrer i beskrivelser av funksjon og funksjonshemming*

Først vil jeg vise en oversiktstabell over de 8 domenene under Kroppsfunksjoner (b) og hvor mange ganger disse er benyttet som utgangspunkt for den videre analysen.

*Tabell 1: Oversikt over emneområdet Kroppsfunksjoner og bruken av ICF-kategorier fordelt på domenene b1-b8 i nivåene 2,3, og 4 slik de fremtrer i beskrivelsene av funksjon og funksjonshemming.*

Domene	Prosjekt 1 - Beskrivelse						Sum	
	Nivå 2		Nivå 3		Nivå 4			
	A*	B**	A	B	A	B	A	B
b1 Mentale funksjoner	14	100	21	175	4	117	39	392
b2 Sansefunksjoner og smerte	4	15	1	1	1	2	6	18
b3 Stemme- og talefunksjoner	2	15	6	22	0	0	8	37
b4 Kretsløps-, blod-, immun- og respirasjonsfunkt.	1	1	1	1	0	0	2	2
b5 Fordøyelse, stoffskifte og indresekretoriske funk.	1	2	0	0	0	0	1	2
b6 Urinsystemets funksjoner, kjønnsfunkt. og forpl.	1	1	0	0	0	0	1	1
b7 Nerve-, muskel-, skjelett og bevegelsesfunksjoner	3	4	4	19	0	0	7	23
b8 Huden og tilhørende strukturers funksjon	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum	26	138	33	218	5	119	64	475

\*)A = Antall unike kategorier brukt i domenet. \*\*)B = Samlet antall ganger kategoriene er benyttet i koding i domenet

Som vi ser i Tabell 1 er 64 kategorier fra emneområdet benyttet 475 ganger i kodingen. b1 Mentale funksjoner er det domenet som er mest benyttet med 39 koder 392 ganger. I ICF dekker b1 både hjernens overordnede funksjonsnivåer med

bevissthet, energi og handlekraft, og spesifikke nivåer som for eksempel hukommelse, språk og regning (WHO, 2003,s 46). Tabell 1 viser høye forekomster på alle nivåer for b1. Videre er stemme- og talefunksjoner (b3) og helsetilstander som er relatert til nerver-, muskler og bevegelsesfunksjoner (b7) brukt ganske ofte. Helsetilstander som påvirkes av sansene og smerteopplevelser (b2) er beskrevet 18 ganger. Domenene for kretsløpsfunksjoner m.m. (b4), Fordøyelsesfunksjoner m.m. (b5) og urinsystemet m.m. (b6) er lite beskrevet. Huden og tilhørende strukturers funksjon (b8) er ikke kodet i rapportenes beskrivelser. Under sees en tabell over hvilke kategorier som er mest brukt (Tabell 2):

*Tabell 2: Liste over de 27 mest brukte ICF-kategoriene under emneområdet Kroppsfunksjoner (b) slik det fremtrer i beskrivelsene av funksjon og funksjonshemming*

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
b16700 Oppfatte talespråk	45	26
b1672 Integrerende språkfunksjoner	39	18
b16701 Oppfatte skriftspråk	31	19
b16710 Uttrykke talespråk	29	20
b1301 Motivasjon	27	18
b144 Hukommelsefunksjoner	17	11
b1442 Femhenting av minne	17	13
b1644 Innsikt	17	11
b176 Styring av sammensatte bevegelser	16	12
b167 Mentale språkfunksjoner	15	12
b16711 Uttrykke skriftspråk	12	11
b126 Temperament og personlighet	11	9
b141 Organisering og planlegging	11	5
b320 Uttalefunksjon	11	9
b1646 Problemløsning	10	7
b1670 Oppfatte språk	10	8
b152 Emosjonelle funksjoner	9	9
b172 Regnefunksjoner	9	8
b3300 Taleflyt	9	8
b1261 Velvillighet	8	7
b7302 Muskelstyrke i én side av kroppen	8	8
b1260 Utadventhet	7	7
b1300 Energiniivå	7	6
b1640 Abstraksjon	7	4
b1671 Uttrykke språk	7	6
b210 Synsfunksjoner	7	3
b3303 Talemelodi	6	5

23 koder av 27 som er vist i Tabell 2 hører inn under Mentale funksjoner (b1).

Kategorien b167 Mentale språkfunksjoner er representert med samtlige av de 7 tilhørende underkategoriene i ICF på denne listen. b1670 Oppfatte språk er den koden som er brukt flest antall ganger (45) i flest rapporter (26). Sammen med koder for å oppfatte skriftspråk, uttrykke talespråk og uttrykke skriftspråk utgjør dette de 4 høyt detaljerte kategoriene som er brukt 117 ganger i Tabell 1. På bakgrunn av kunnskapen om afasi kan bruken av disse fire 4.nivåkodene sies å representere rapportenes beskrivelser av hvordan språkvanskene arter seg (s 22). De fleste rapportene hadde grundige og detaljerte beskrivelser av afasi som dermed også resulterte i hyppig bruk av disse kodene. Følgende sitat representerer beskrivelser som finnes i 9 rapporter: Rapport A13:”... Klienten har en svær afasi med utfall innenfor alle språkmodaliteter. ....”

Denne setningen har fått følgende koder: b1670 Oppfatte språk, b1671 Uttrykke språk, b1672 Integrerende språkfunksjoner. I dette sitatet er det ikke spesifisert nærmere hvorvidt klienten oppfatter tale, om han kan tale, om han fortsatt kan lese og skrive. Dette beskrives imidlertid detaljert seinere i samme rapport og er gitt koder for det der.

Flere av henvisningene til Bredtvet beskrev behovet for utredning av apraksi (s 23). Definisjonen av koden b176 Styring av sammensatte bevegelser inkluderer mentale funksjoner som ”kontrollerer rekkefølge og koordinering av sammensatte målrettede bevegelser. Avvik er ulike typer apraksi, for eksempel øyebevegelser og tale, idéasjonell og idémotorisk apraksi” (WHO, 2003, s 55). I 12 rapporter er apraksi beskrevet og har gitt grunnlag for å bruke denne koden 16 ganger. Her er et sitat som inneholder en slik grundig beskrivelse av apraksi og de konsekvenser denne tilstanden har:

Rapport A19:”xx hovedvanske er taleapraksi karakterisert av usikker eller sviktende evne til automatisk å finne rett artikulasjon for enkeltspråklyder, stavelser og ord. Taleapraksi viser seg for xx vedkommende ved artikulatorisk strev ved gjentatte forsøk på å komme fram til uttalen av enkelte ord, utelatelse av språklyd og ved at språklyd bytter plass. Dette fører til et stakkato talepreg, med hyppige pauser, omstendelig uttale og noe ensformig intonasjon og betoning.”

Sitatet over er gitt følgende koder: b176 Styring av sammensatte bevegelser, b320 Uttalefunksjon, b330 Taleflyt og talerytme, b3303 Talemelodi.

---

Tabell 2 viser også at b1301 Motivasjon er brukt ganske ofte. Denne koden står for mentale funksjoner som utgjør den ”bevisste eller ubevisste drivkraft for handling”. Jeg fant grunnlag for å bruke denne koden 27 ganger i 18 rapporter. I 17 rapporter ble ordet ”motivert” brukt som beskrivelse av klientene, og da ble denne koden benyttet. I tillegg fant jeg for eksempel slike utsagn som jeg tolket til å bety motivasjon:

Rapport A17:<sup>18</sup>”Alle program inneholdt elementer som ble opplevet som le.. språklig utfordrende for xx~ og alle program engasjerte i den grad at xx ga uttrykk for at "tiden gikk fort" når vi satt foran skjermen og jobbet med disse.”

Med tanke på andre følgetilstander av afasi som depresjon og følelse av isolasjon og devaluering av sosiale roller er det interessant å se på hva som ligger bak de 9 gangene koden b152 Emosjonelle funksjoner er benyttet. Nedenfor er en rekke sitater som viser noe av bredden i det som beskrives:

Rapport A3: .."gir uttrykk for at han føler seg deprimert over sin situasjon

Rapport A5: Med VASES forteller bruker om sine ulike følelsesmessige tilstander: Føler at hun ikke blir forstått, er frustrert, men ikke sint - føler seg trygg – ”

Rapport A6:..”føler seg utrygg og engstelig”

Rapport A8:--"gir uttrykk for at han er oppgitt over at han strever med språklige oppgaver han tidligere ikke hadde noe problem med å klare

Rapport A9: "Han ble også prøvd med en foreløpig oversettelse av VASES (Visual Analogue Self Esteem Scale), et materiale som kartlegger den afasirammedes syn på seg selv i forhold til noen personlige egenskaper. Her gir han uttrykk for at han mange ganger ikke blir forstått og kan av og til bli sint når det skjer. Likevel føler han seg trygg og ser på seg selv som en optimistisk, munter, intelligent og utadvendt person."

Rapport A12: "Han ga klart uttrykk for at dette var en svært positiv og emosjonell opplevelse."

Rapport A14:...”innfunnet seg med sin situasjon slik den har blitt.”.

Disse sitatene beskriver hvordan klientene føler seg. I to av rapportene (A5 og A9) står det forklart at logopeden benyttet VASES (som er utgangspunktet for den norske utgaven VASAS, se kort omtale under kapittel 3.2.2, s 19). Gjennom sitatene over kommer det fram hvordan bruk av et slikt materiell gir en mer detaljert og operasjonalisert beskrivelse av klientens opplevelse av sin egen situasjon.

---

<sup>18</sup> Fordi enkelte av rapportene mangler noen bokstaver i enkelte ord p.g.a. konvertering til N6 kan det se noe feilaktig ut her. Jeg har latt tekstene gjengis så likt det originale som mulig uten tillegg som kan endre opprinnelig mening.

For øvrig var det et gjennomgående problem å finne nøyaktige koder for de fleste refererte testresultater. Hovedårsaken var at beskrivelsene er mer spesifikke enn ICF kan fange opp, som vist i følgende sitat hvor det refereres til PALPA og VOST (s19):

Rapport A11: ”språkforståelse. Det gjelder spesielt de testene som undersøker leksikalsk forståelse (enkeltordsforståelse) av substantiv (PALPA 47) og verb (VOST 1). På PALPA 47 skårer han 37/40, og de tre feilene han gjør, er av typen nær semantisk feil. På VOST 1 skårer han 37/40, og i en del tilfeller nøler han før han svarer. Lydlikhet med substantiv (for eksempel å flette - enflette) ser ut til å være en mulig relevant vanskevariabel. Han nøler eller velger feil ved 7/17 lydlike verb....”

Når det gjelder motoriske utfall kommer dette oftest til uttrykk gjennom beskrivelser av halvsidige lammelser. Jeg valgte koden b7302 Muskelstyrke i én side av kroppen<sup>19</sup> i 8 av de 30 rapportene. Eksempel på sitat hvor denne koden er benyttet:

Rapport A13: ”Klienten er rullestolsbruker. Det foreligger lammelser i høyre arm og ben...”

Slike beskrivelser finnes som regel tidlig i rapportene og har vært enkle å kode fordi teksten faller godt inn under definisjonen av ICF kategorien. Det samme gjelder 3 rapporter som har beskrivelser av synsvansker (A13: ”sterkt redusert syn”, A21: ”visuo-spatiale vansker” og A27:”Halvsidig synfeltutfall”). Alle disse 3 rapportene ble kodet med b210 Synsfunksjoner.

Når det gjelder de 3 gamle rapportene fra tidlig på 1990 – tallet (A28, 29 og 30) så er de to eldste i sin helhet skrevet som resymé av resultater av NGA, mens den tredje omhandler utredning med tanke på pc-programvare. Til tross for at disse rapportene er meget korte og knappe i formen (34, 61 og 74 linjer) viser de likevel det samme mønsteret i Kroppsfunksjoner (b) som er beskrevet over både i detaljerte koder og i relativt antall. Jeg velger av den grunn å la disse inngå i den samme vurderingen som resten av rapportene og vil kun kommentere dem der de skulle vise forskjeller.

---

<sup>19</sup> b7302 Muskelstyrke i én side av kroppen: Funksjoner tilknyttet kraft som oppstår ved sammentrekning av de muskler og muskelgrupper som finnes i høyre eller venstre kroppshalvdel. Avvik: Hemiparese, hemiplegi (WHO, 2003, s 84).

### Analyse av hvordan emneområdet Kroppsfunksjoner (b) fremtrer i tiltak

I Figur 6 kunne vi se at noen områder under Kroppsfunksjoner er detaljert beskrevet også i tiltakene, mens Tabell 3 viser at dette bare dreier seg om 3 domener.

Tabell 3: Oversikt over emneområde Kroppsfunksjoner og bruken av ICF-kategorier fordelt på domenene b1-b8 i nivåene 2,3 og 4.

Domene	Prosjekt 2 - Tiltak							
	Nivå 2		Nivå 3		Nivå 4		Sum	
	A*	B**	A	B	A	B	A	B
b1 Mentale funksjoner	12	41	17	112	4	40	33	193
b2 Sansefunksjoner og smerte	1	1	0	0	0	0	1	1
b3 Stemme- og talefunksjoner	2	12	3	6	0	0	5	18
b4 Kretsløp-, blod-, imun- og respirasjonsfunksjoner	0	0	0	0	0	0	0	0
b5 Fordøyelse, stoffskifte og indresekretoriske funk.	0	0	0	0	0	0	0	0
b6 Urinsystemets funksjoner, kjønnsfunk. og forpl.	0	0	0	0	0	0	0	0
b7 Nerve-, muskel-, skjelett og bevegelsesfunksjoner	0	0	0	0	0	0	0	0
b8 Huden og tilhørende strukturers funksjon	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum	15	54	20	118	4	40	39	212

\*)A = Antall unike kategorier brukt i domenet. \*\*)B = Samlet antall ganger kategoriene er benyttet i koding i domenet

I tiltakene på dette området er det brukt 39 ICF-koder 212 ganger. b1Mentale funksjoner, b2 Sansefunksjoner og b3 Stemme- og talefunksjoner utgjør de 3 domenene som er brukt. Det er benyttet flest koder flest antall ganger under Mentale funksjoner. Sansefunksjoner og smerte er nevnt i kun 1 rapport 1 gang, og kan dermed ikke regnes for å være representativt for tiltakene. Dermed er det de to domenene Mentale funksjoner og Stemme- og talefunksjoner som utgjør de benyttede domenene. Som vi kan se i den rangerte listen (Tabell 4) under dominerer b167 Mentale språkfunksjoner samlet og de fire 4.nivåkodene ligger alle innenfor denne listen. Tabellen viser at den hyppigst forekommende koden er b1301 Motivasjon. Her følger et par eksempler på tekst jeg har kodet med denne:

Rapport A19:”... som har evnen til å tilegne seg god teoretisk og praktisk innsikt i de spesifikke problemene, og som samtidig har interesse, motivasjon og utholdenhet for å gjennomføre de intensive oppgavene denne type undervisning krever for at framgang er mulig.”

Rapport A23:” Vi ser det slik at etter hvert vil bli opp til xx å vurdere hvor mye hun føler hun får igjen for det arbeidet hun legger i disse oppgavene. ”

Tabell 4: Liste over de 15 mest brukte ICF-kategoriene under emneområdet Kroppsfunksjoner slik det fremkommer etter koding av tiltakene i rapportene

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
b1301 Motivasjon	17	12
b167 Mentale språkfunksjoner	16	14
b1671 Uttrykke språk	16	13
b1672 Integrerende språkfunksjoner	16	13
b1670 Oppfatte språk	14	11
b16701 Oppfatte skriftspråk	13	11
b16700 Oppfatte talespråk	12	10
b176 Styring av sammensatte bevegelser	11	7
b320 Uttalefunksjon	11	7
b1641 Organisering og planlegging	11	5
b1300 Energinivå	9	8
b16710 Uttrykke talespråk	9	8
b1644 Innsikt	7	5
b1442 Femhenting av minne	6	3
b16711 Uttrykke skriftspråk	6	6

Sitatet fra Rapport A19 forklarer en rekke faktorer som er avgjørende for å forstå hvor mye krefter og arbeid som må til for at tiltakene skal lykkes. Det andre sitatet peker på viktigheten av klientens medvirkning i framdriften av eget treningsopplegg. Dette handler om deltagelse som rører ved selve kjernen i ICFs teoretiske forståelse av helse og velvære hvor deltagelsesaspektet er det sentrale (WHO, 2003).

Koden b1300 Energinivå dekker mye av det samme som motivasjonsfaktorene. Neste sitat forstår jeg som en oppfordring til å sørge for at klienten er opplagt til å gjennomføre treningen og har derfor brukt b1300 som kode her:

Rapport A22” Dette krever i så fall at situasjonen er slik at hun både har overskudd og ...”

Apraksi er beskrevet ganske ofte i tiltakene (b176). Det sammen gjelder uttalefunksjoner (b320). Tiltaksforslagene for begge disse kodene er gjerne så detaljerte at ICF ikke kan dekke alle disse beskrivelsene. Jeg benyttet disse to kodene der apraksi og uttaletrening ble beskrevet.

---

### *Oppsummering av hvordan emneområdet Kroppsfunksjoner (e) fremtrer i rapportene*

*Kroppsfunksjoner er representert med 64 kategorier som er brukt 496 ganger i beskrivelsene og 39 kategorier 212 ganger i tiltakene. Det totale antall koder som er brukt fra Kroppsfunksjoner (b) er 70 (Vedlegg 2).*

Vektlegging av b1Mentale språkfunksjoner i tiltakene ser i stor grad ut til å speile det som beskrives i utredningen. Helsetilstander som pareser i armer og ben er ofte beskrevet i rapportenes utredningsdel, men ikke i forslag til tiltak. I tiltaksforslagene blir klientens motivasjon beskrevet oftere enn trening i språklige ferdigheter.

Beskrivelsene av funksjon og funksjonshemming kan for emneområdet Kroppsfunksjoner (b) sies å være rike og detaljerte på en slik måte at de har gitt grunnlag for benyttelse av mange ICFkoder. Noe som også gjenspeiler seg i hvor mange ganger de er brukt. Imidlertid var det av og til vanskelig å finne eksakte ICF-koder for de testresultatene som er beskrevet i rapportene, fordi testbeskrivelsene blir for detaljerte til at ICF kan fange det opp.

## 7.3 Analyse av emneområdet Kroppsstrukturer (s)

Emneområdet Kroppsstrukturer (s) er det andre området under helsedomenet i ICF. Kroppsstrukturer (s) gir en systematisk oversikt over alle kroppens anatomiske deler og har tydelige forbindelser til det medisinske området (WHO, 2003).

### *Analyse av hvordan emneområdet Kroppsstrukturer (s) fremtrer i beskrivelsene av funksjon og funksjonshemming*

En oversikt for hvordan dette området er benyttet i rapportenes beskrivelser gis i Tabell 5, som viser at emneområdet Kroppsstrukturer (s) er lite brukt i koding av beskrivelser.



Tabell 5: Oversikt over emneområde Kroppsstrukturer og bruken av ICF-kategorier fordelt på domenene s1-s8 i nivåene 2,3 og 4 slik de fremtrer i beskrivelsene av funksjon og funksjonshemming.

Domene	Prosjekt 1 - Beskrivelse							
	Nivå 2		Nivå 3		Nivå 4		Sum	
	A*	B**	A	B	A	B	A	B
s1 Nervesystemets struktur	1	8	0	0	0	0	1	8
s2 Øye, øre og tilhørende strukturer	0	0	0	0	0	0	0	0
s3 Stemme og taledannende strukturer	0	0	0	0	0	0	0	0
s4 Strukturer kretsløpet m.m.	1	11	0	0	0	0	1	11
s5 Strukturer tilhørende fordøyelse m.m.	0	0	0	0	0	0	0	0
s6 Strukturer tilhørende urinsystemet m.m.	1	1	0	0	0	0	1	1
s7 Bevegelsesapparatets struktur	3	24	0	0	0	0	3	24
s8 Hud og tilhørende strukturer	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum	6	44	0	0	0	0	6	44

\*)A = Antall unike kategorier brukt i domenet. \*\*)B = Samlet antall ganger kategoriene er benyttet i koding i domenet

Det er bare 3 domener som er benyttet og av disse er det Bevegelsesapparatets struktur (s7) som er mest brukt. De andre to er Strukturer i kretsløpet m.m. (s3) og Nervesystemets struktur (s1).

Tabell 6 viser den rangerte listen over koder/kategorier (Vedlegg 3).

Tabell 6: Liste over samtlige ICF-kategorier som er brukt under emneområdet Kroppsstrukturer

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
s730 Overekstremiteters struktur	12	12
s410 Krepsløpssystemets struktur	11	11
s750 Underekstremiteters struktur	11	11
s110 Hjernens struktur	8	8
s720 Skulderregionens struktur	2	2
s610 Urinsystemets struktur	1	1

Det er liten forskjell i antall mellom de 3 mest benyttede kategoriene. Med utgangspunkt i at afasi er en følge av hjerneslag/skade i hjernen, kan man spørre hvorfor forhold som har med hjernens struktur å gjøre kun er nevnt i 8 av 30 rapporter. Imidlertid brukte jeg denne koden bare der det står "hjerneslag" i teksten. De stedene hvor det står "hjerneblødning" har jeg brukt koden s410Kretsløpets struktur. Det kan diskuteres om ikke begge disse kodene kunne benyttes oftere

---

samtidig. Da ville beskrivelsene av tilstanden blitt fyldigere på det område som knytter opp mot den medisinske diagnosen og som tross alt er årsaken til vanskene.

Eksempel på bruk av kategorier innen s7 Bevegelsesapparatets strukturer i kombinasjon med koder fra b7 Nerve-, muskel-, skjelett- og bevegelsesrelaterte funksjoner:

Rapport A15: ”Han har fortsatt en høyresidig parese og bruker stokk når han går. Han har noe nedsatt førlighet i høyre arm. Hver uke får han 2 timer behandling med fysioterapeut.”

Sitatet over er kodet med b7302 Muskelstyrke i én side av kroppen (høyresidig parese), s730 Overekstremitetenes struktur (førlighet i h arm) og s750 Underekstremitetenes struktur (parese i hele siden – må bruke stokk).

For øvrig er de medisinske diagnosene vanligvis gjengitt i henvisningsgrunn, og er dermed ikke kodet i rapportene.

### *Analyse av hvordan emneområdet Kroppsstrukturer (s) fremtrer i rapportenes tiltak*

Det er ikke benyttet kategorier fra Kroppsstrukturer (s) i tiltakene.

### *Oppsummering av hvordan emneområdet Kroppsstrukturer (s) fremtrer i rapportene*

*Kroppsstrukturer (s) er totalt representert med 6 kategorier som er brukt 45 ganger (Vedlegg 2).*

Kroppsstrukturer er lite vektlagt i beskrivelser og ikke i det hele tatt i tiltakene. Ved behov kan Kroppsstrukturer gjerne benyttes i koding sammen med Kroppsfunksjoner. De beskrivelsene som er kodet er alle ganske klart uttrykt og har begrenset omfang. For øvrig oppfordres det til å benytte ICD-10 sammen med ICF for en detaljert og utfyllende beskrivelse av diagnoser (WHO, 2002; WHO, 2003).

Ved å sammenligne med ”ICF Core Sets for Stroke” (Geyh et al, 2004) ser jeg at det hadde vært mulig å velge flere kategorier fra Kroppsstrukturer. Dette kjernesettet foreslår bl.a. å bruke koder for både over- og underekstremiteter, noe jeg ikke har gjort (Vedlegg 1).

## 7.4 Analyse av emneområdet Aktivitet og deltagelse (d)

Aktivitet og deltagelse (d) representerer både det individuelle og det samfunnsmessige perspektivet på funksjon (WHO, 2003, s 181). Dette gjenspeiles i kategoriene området er inndelt i som både beskriver aktiviteter som korresponderer med kategorier beskrevet under Kroppsfunksjoner (b) og aspekter ved deltagelse i sosialt liv i samfunnet (Ibid).

### *Analyse av hvordan emneområdet Aktivitet og deltagelse (d) fremtrer i beskrivelser av funksjon og funksjonshemming*

Aktivitet og deltagelse (d) er det mest benyttede området etter Kroppsfunksjoner (b) i beskrivelsene av funksjon og funksjonshemming i rapportene.

*Tabell 7: Oversikt over emneområdet Aktivitet og deltagelse og bruken av ICF-kategorier fordelt på domenene d1-d9 i nivåene 2,3 og 4 slik de fremtrer i beskrivelsene av funksjon og funksjonshemming.*

Domene	Prosjekt 1 - Beskrivelse						Sum	
	Nivå 2		Nivå 3		Nivå 4		A	B
	A*	B**	A	B	A	B	A	B
d1 Læring og kunnskapsanvendelse	10	103	1	2	0	0	11	105
d2 Allmenne oppgaver og krav	0	0	2	4	0	0	2	4
d3 Kommunikasjon	7	40	13	36	0	0	20	76
d4 Mobilitet	2	8	2	5	0	0	4	13
d5 Egenomsorg	0	0	0	0	0	0	0	0
d6 Hjemmeliv	1	1	1	1	0	0	2	2
d7 Mellommensk. interaksjoner og relasjoner	2	5	3	5	0	0	5	10
d8 Viktige livsområder	3	4	2	3	0	0	5	7
d9 Samfunnsliv og sosiale livsområder	1	3	2	3	0	0	3	6
Sum	26	164	26	59	0	0	52	223

\*)A = Antall unike kategorier brukt i domenet. \*\*)B = Samlet antall ganger kategoriene som er benyttet i koding i domenet

I Tabell 7 ser d1 Læring og kunnskapsanvendelse og d3 Kommunikasjon ut til å være de mest benyttede domenene. d1 Læring og kunnskapsanvendelse omhandler ”... å lære, anvende tillært kunnskap, tenke, løse problemer og treffe beslutninger” (WHO, 2003, s 111). Dette domenet dekker grunnleggende ferdigheter for å lære. For øvrig er d3 Kommunikasjon også viet god plass i ICF (s12).

Ellers er det gjort registreringer på domener innenfor ulike livsarenaer (d6, d7, d8 og d9). Ingen detaljer eller direkte utsagn beskriver hvorvidt man mestrer egenomsorg (d5) derfor er dette heller ikke kodet.

Et utvalg av den rangerte listen over koder og antall ganger de er brukt i Aktivitet og deltagelse (d) vises i Tabell 9.

*Tabell 8: Liste over de 11 mest brukte ICF-kategoriene under emneområdet Aktivitet og deltagelse (d) i beskrivelser av funksjon og funksjonshemming*

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
d130 Gjøre etter	23	17
d166 Lese	19	17
d140 Lære å lese	16	15
d145 Lære å skrive	15	12
d330 Tale	15	13
d135 Innøving	14	11
d3350 Ytre seg med kroppsspråk	13	10
d170 Skrive	7	7
d450 Gå	7	7
d310 Forstå talte ytringer	6	5
d350 Samtale	6	6

I følge Tabell 8 er den mest brukte koden d130 Gjøre etter med 23 ganger i 17 rapporter. Denne koden ble ganske ofte benyttet for å betegne deltester i for eksempel NGA hvor klienten blir bedt om å gjenta ulike handlinger som blir vist. Et eksempel på dette er følgende sitat:

Rapport A1: "Gjentagelse: For ham er dette den vanskeligste delprøven, og han oppnår bare 21 av 40 poeng. Han har fortsatt store problemer med å gjenta ord..."

Utredningsområder innenfor språkmodalitetene lese, skrive, tale og forstå gjenspeiler seg i resten av kategoriene i Tabell 9. Det er verdt å merke seg at ICF gjør et skille mellom det å lære seg en ferdighet og det å anvende den fullt ut. To sitater fra rapportene kan anskueliggjøre forskjellen mellom d140 Lære å lese som en grunnleggende ferdighet og d166 Lese:

Rapport A8: "Høytlesning...bokstaver og høyfrekvente ord går greit - vansker med setninger."

Jeg forstår sitatet over som en beskrivelse av at det bare er en "rest" igjen av leseferdighetene slik at klienten i tilfelle har behov for en gjenopptrening/relæring av

det å lese. Derfor kodet jeg med d140. Det samme gjelder de to sitatene nedenfor fra A14 og A28:

Rapport A14: ”Som nevnt ovenfor har han fortsatt store lesevansker. Han holder lokalavisen, men klarer stort sett bare å lese overskrifter.”

Rapport A28:Lesing : kan ikke lese en sammenhengende tekst. Han har vanskeligheter

Sitatet fra rapport A4 under har derimot fått koden d166 Lese:

Rapport A4:Hun leser i aviser og liker også godt å lese og se i ukeblader.

Rapportene framstår som såpass tydelige i beskrivelsene at det stort sett har vært greit å kunne skille mellom grunnleggende og mer avanserte ferdigheter.

Innenfor Kommunikasjon (d3) er det kodene d330 Tale, d310 Forstå talte ytringer og d350 Samtale som er benyttet flest ganger. Det bød av og til på noen vansker med å kode disse områdene. Som beskrevet i teorikapitlet om ICF (s 10 og 12) er det flere ferdigheter som kan følges på tvers gjennom emneområdene. For eksempel funksjonen b16710 Uttrykke talespråk, b320 Uttalefunksjon og kommunikasjonsaktiviteten d330 Tale. Av og til ble det vanskelig å vite hvilken av disse kodene som skulle velges, som vist under i dette sitatet:

Rapport A12:”skårer lavt på den ekspressive delen av NGA. Han har ingen eller svært få rette på oppgaver knyttet til gjentakelse, benevning og høytlesing.”

I A12 valgte jeg b16710 Uttrykke talespråk, men var i tvil og benyttet b320 Uttalefunksjon i tillegg, fordi jeg ikke forsto helt hva som var problemet. Han kunne jo i tillegg ha apraksi – og da ville det vært naturlig å bruke koden b176 Styring av sammensatte bevegelser (s 46).

Testresultater er vanskelig å kode i ICF fordi det ikke finnes noe mål for hvordan man kan ”oversette” testene. Siden de fleste rapportene ofte tar utgangspunkt i tester er dette hovedårsaken til problemer jeg opplevde med å finne rett kode for å skille mellom grunnleggende ferdigheter og mer avanserte ferdigheter. Dessuten er det slik at selv om klientene skulle skåre fullt på testene er ikke dette noe sikkert svar på hvor god vedkommende faktisk er til for eksempel å lese ”normalt”.

---

Domenet d3 Kommunikasjon er også vektlagt i beskrivelsene. Dette er et allsidig beskrevet område i ICF hvor mange aspekter ved kommunikasjon kommer fram (WHO, 2003). Eksempel på sitater fra tre ulike rapporter som vurderer evne til å samtale:

Rapport A19: "I praksis fører talepraksi dermed til forholdsvis store vansker med å delta i samtaler og møter der det er flere deltakere."

Rapport A9: "kroppsspråk, bruker gester og skriver enkeltbokstaver slik at man kan komme videre i samtalen"

Rapport A17: "Evne til kommunikasjon: utviser evne og vilje til å kommunisere. Han tar initiativ til samtale, han avklarer dersom noe ikke er forstått og introduserer gjerne nye tema for samtale - i formell såvel som i uformell sammenheng."

d3602 Bruke kommunikasjonsmetoder er benyttet i tiltak i 10 av 30 rapporter. Denne koden er hovedsakelig brukt for utsagn om kommunikasjonsmateriell og metoder som faller inn under en pragmatisk tilnærming til afasi (s17).

Mellommenneskelige relasjoner er ikke beskrevet så direkte at det har vært enkelt å kode det i særlig grad. Hovedsaklig dreier alle utsagn i rapportene seg om pårørende som er med i utredning og som er gode støttespillere for klienten i hverdagen. I 3 rapporter blir det omtalt noe nærmere angående klientens forhold til egne barn relatert til vedkommendes daværende helsetilstand, for eksempel slik:

Rapport A16: "Han har omsorg for 3 barn annenhver uke. Dette fungerer bra, selv om han er mer sliten i de ukene han har barna. <<kodet med d7600 Foreldres relasjon til barn>>

Det er sjelden foretatt vurderinger av forhold som har med viktige livsområder som arbeidssituasjon. Derfor har jeg ikke vist dette området i Tabell 8 her (Vedlegg 3). Følgende sitat gjelder tekst som bl.a. er kodet med d850 Betalt sysselsetting og d845 Skaffe seg, beholde og avslutte et arbeidsforhold:

Rapport A16: "prøvd å gå tilbake i jobb som byggeleder i et snekkerfirma, men nevnes som problemområder. Å komme tilbake i jobb er hovedmålet med den opprettholdes. Samarbeid med arbeidsplassen om tilbakeføring til jobb.."

Det er altså brukt ulike koder for arbeidsforhold, men bare i 2 av rapportene i beskrivelsene av funksjon og funksjonshemming (Vedlegg 3).

## Analyse av hvordan emneområdet Aktivitet og deltagelse (d) fremtrer i rapportenes tiltak

Det er generelt benyttet omtrent like mange kategorier antall ganger i tiltak som i beskrivelser på emneområdet Aktivitet og deltagelse (d).

Tabell 9: Oversikt over emneområde Aktivitet og deltagelse og bruken av kategorier fordelt på domenene d1-d9 i nivåene 2,3 og 4 i tiltakene

Domene	Prosjekt 2 - Tiltak							
	Nivå 2		Nivå 3		Nivå 4		Sum	
	A*	B**	A	B	A	B	A	B
d1 Læring og kunnskapsanvendelse	10	116	0	0	0	0	10	116
d2 Allmenne oppgaver og krav	0	0	1	1	0	0	1	1
d3 Kommunikasjon	6	31	7	46	0	0	13	77
d4 Mobilitet	1	2	0	0	0	0	1	2
d5 Egenomsorg	0	0	0	0	0	0	0	0
d6 Hjemmeliv	2	2	1	1	0	0	3	3
d7 Mellommensk. interaksjoner og relasjoner	0	0	1	3	0	0	1	3
d8 Viktige livsområder	4	4	3	3	0	0	7	7
d9 Samfunnsliv og sosiale livsområder	1	3	2	2	0	0	3	5
Sum	24	158	15	56	0	0	39	214

\*)A = Antall unike kategorier brukt i domenet. \*\*)B = Samlet antall ganger kategoriene er benyttet i koding i domenet

Som i beskrivelsesdelen legges det også i tiltakene vekt på læring og det å kunne gjøre seg nytte av kunnskaper (d1), samt deltagelse i kommunikasjon (d3). d8 Viktige livsområder er også nevnt. Hjemmeliv (d6) og deltagelse i sosialt liv og samfunn (d9) er hver registrert med 3 ICFkoder. Egenomsorg (d5) er ikke brukt i tiltak (Tabell 9).

Tabell 10: Liste over de 10 mest brukte ICF-kategorier under emneområde Aktivitet og deltagelse (d) i tiltakene:

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
d135 Innøving	25	17
d155 Tilegne seg ferdigheter	17	13
d3602 Bruke kommunikasjonsmetoder	16	10
d166 Lese	15	11
d170 Skrive	13	8
d115 Lytte	11	8
d330 Tale	11	9
d3350 Ytre seg med kroppsspråk	11	7
d140 Lære å lese	10	7
d145 Lære å skrive	10	7

Tabell 10 viser at d135 Innøving, som hører inn under Grunnleggende læring

(WHO, 2003, s 111) og innbefatter ”gjentagelse som en grunnleggende læremåte” skårer høyest i antall ganger brukt og i antall rapporter. Følgende sitat er et eksempel på tiltaksforslag som er kodet med d135 Innøving:

Rapport A16:”Det kan være aktuelt å prøve en metode for å drille inn ord, for eksempel velge ut 20 bilder som han hadde vansker med å benevne, velge ut 10 av disse og trene på dem intensivt en uke, før man tester alle 20 igjen til slutt.”

Så mange som 5 av disse 10 mest brukte kategoriene tilhører domenet d1 Læring og kunnskapsanvendelse og dreier seg om forutsetninger for å lære ferdigheter som for eksempel å lese og skrive. Vi kan dermed se sammenhengen mellom formålet med henvisningene som er utredning av språkvanskene og de tiltak som foreslås (s 29). d3 Kommunikasjon som det å kunne tale og bruke kroppsspråk er beskrevet i ca 1/3 av alle rapportenes tiltaksforslag.

Koden d3602 Bruke kommunikasjonsmetoder er benyttet i 10 rapporter og følgende sitat kan stå som en god representant på det innholdet som ligger bak koden her:

Rapport A8:”Brukeren og hans kone fikk også informasjon om metoden "Støttet samtale for voksne med afasi" - en tilnærming som vektlegger samtalepartnerens ansvar for å gi støtte, slik at den afasirammedes vilje og kunnskap kommer til syne. De fikk se en video som viser denne metoden i praksis, i tillegg til at de fikk orientering om materialet "Illustrert Kommunikasjonsmateriell", som er utarbeidet med utgangspunkt i denne metoden. Etersom brukeren har god leseforståelse, foreslår vi at han i samarbeid med sin kone lager en "kommunikasjonsbok", dvs. en liten bok/hefte med aktuelle navn på personer/steder o.l. som han lett kan slå opp i ved behov. ”

Ved å se lenger ned på listen (Vedlegg 3) finner vi at 5 forskjellige koder for arbeidsforhold er nevnt kun 1 gang hver. Når det gjelder deltagelse i samfunnsliv (d9) så er også dette nevnt 1 gang (Ibid).

### *Oppsummering av hvordan emneområdet Aktivitet og deltagelse (d) fremtrer i rapportene*

*Aktivitet og deltagelse(d) er representert med 52 kategorier som er brukt 221 ganger i beskrivelser av funksjon og funksjonshemming og 39 kategorier brukt 214 ganger i tiltak. Det totale antall koder som er brukt fra Aktivitet og deltagelse (d) er 64 (Vedlegg 2).*

Dette emneområdet i ICF er benyttet med et bredt utvalg kategorikoder på 2. og 3. emnenivå og i 8 av de 9 domene. Det er kun d5 Egenomsorg som ikke er beskrevet



slik at det kunne gi grunnlag for koder. Det er brukt nesten like mange kategorier i tiltak som i beskrivelser innen Aktivitet og deltagelse. Dette kan tyde på et godt samsvar mellom fokus i utredning og tiltak. Ved å sammenligne bruk av kategorier innenfor dette området med de som er brukt under Kroppsfunksjoner i beskrivelsene er det hovedsakelig de samme områdene som går igjen; de ulike sider ved språk og kommunikasjonshandlinger.

Det dominerende området i både beskrivelser og tiltak er d1 Lærings- og kunnskapsanvendelse. De to kategoriene som er mest brukt handler om å trene og relære ferdigheter (se Tabell 9, s 60). Det er et interessant å diskutere hvorvidt det er rett å velge koder for grunnleggende ferdigheter som d140 Lære å lese som betegner det å tilegne seg ferdigheter for å lese, eller om man bør velge d166 Lese som står for det å kunne anvende leseferdigheter til å lese aviser og bøker. Jeg har i kodingen forsøkt å benytte disse ut fra hvilket nivå det ble beskrevet at klienten befant seg på, men det var ikke alltid enkelt å forstå dette.

Det andre domenet som også ser ut til å være mye og likt vektlagt i beskrivelser og tiltak er d3 Kommunikasjon. Dette er et allsidig beskrevet område i rapportene, og det er tydelig at det legges vekt på å legge til rette for et støttende kommunikasjonsmiljø gjennom tiltaksforslag som for eksempel P.A.C.E. og bruk av IKM-materiell, kommunikasjonsbøker med mer (s17).

Klientenes funksjon og deltagelsesevne i sosiale relasjoner og på viktige livsområder i samfunnslivet for øvrig er ellers sjelden berørt.

## 7.5 Analyse av emneområdet Miljøfaktorer (e)

Miljøfaktorer (e) er det eneste klassifiserbare av de to emneområdene som utgjør de kontekstuelle faktorer i ICF<sup>20</sup> og dekker de fysiske, sosiale og holdningsmessige

---

<sup>20</sup> Personlige faktorer utgjør det andre emneområdet, men dette har ikke koder i ICF (WHO, 2003).

omgivelser (2.1). Kategoriene er ordnet ut fra fokus på individuelle områder<sup>21</sup> og samfunnsmessige områder<sup>22</sup> (WHO, 2003, s 15)

### *Analyse av hvordan emneområdet Miljøfaktorer (e) fremtrer i beskrivelser av funksjon og funksjonshemming*

Miljøfaktorer (e) inneholder et bredt spekter av koder for kategorier som dekker 5 domener i tilværelsen (Tabell 11).

*Tabell 11: Oversikt over emneområdet Miljøfaktorer og bruken av ICF-kategorier fordelt på domenene e1-e5 i nivåene 2,3 og 4 slik de fremtrer i beskrivelsene av funksjon og funksjonshemming.*

Domene	Prosjekt 1 - Beskrivelse						Sum	
	Nivå 2		Nivå 3		Nivå 4			
	A*	B**	A	B	A	B	A	B
e1 Produkter og teknologi	1	2	4	19	0	0	5	21
e2 Natur og menneskeskapte miljøforandr.	1	3	0	0	0	0	1	3
e3 Støtte og sosialt nettverk	6	52	0	0	0	0	6	52
e4 Holdninger	3	3	0	0	0	0	3	3
e5 Tjenester, systemer og strategier for tiltak	1	1	4	5	0	0	5	6
Sum	12	61	8	24	0	0	20	85

\*)A = Antall unike kategorier brukt i domenet. \*\*)B = Samlet antall ganger kategoriene er benyttet i koding i domenet

I følge Tabell 11 er alle de fem domenene under Miljøfaktorer (e) benyttet i beskrivelsene. Vi ser at faktorer som beskriver støtte fra sosiale nettverk ofte er berørt (52). Det samme gjelder tekniske hjelpemidler, pc og lignende som kommer inn under e1Produkter og teknologi. e4Holdninger omhandler holdninger hos dem som omgir klientene, familie, nærmiljø, arbeidsgiver osv.. Totalt er det brukt 26 ulike koder under Miljøfaktorer (e) i analysen av beskrivelser i rapportene. Tallene i tabell 11 sier ikke alt om hvilken vektlegging det er på domenene. Derfor må vi igjen se på listen over hvilke koder som er brukt flest antall ganger og i flest rapporter. Tabell 12 (s 64) viser at det er 3 kategorier som forekommer ganske ofte. Disse dreier seg om nærmeste familie, helsepersonell og hjelpemidler som er tilpasset utdanningsformål.

<sup>21</sup> Individuelle områder er forenklet sagt personens nærmiljø (WHO, 2003, s 15)

<sup>22</sup> Samfunnsmessige områder er forenklet sagt formelle og uformelle strukturer og systemer i samfunnet (organisasjoner, myndigheter osv..) (Ibid)

Tabell 12: Liste over ICF-kategorier som er brukt under emneområdet Miljøfaktorer slik de fremtrer i beskrivelser av funksjon og funksjonshemming

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
e310 Nærmeste familie	23	18
e355 Helsepersonell	21	16
e1301 Hjelpemidler og tilpasset teknologi for utd.formål	13	9
e1251 Hjelpemidler og tilpasset teknologi	4	2
e250 Lyd	3	3
e340 Personer som yter personlig omsorg og hjelp	3	2
e130 Produkter og teknologi for utdanningsformål	2	1
e320 Venner	2	2
e325 Bekjente, likemenn, naboer og medlemmer av nærs.	2	1
e5700 Trygdetjenester	2	2
e1201 Hjelpemidler og tilpasset tekn for mobilitet m m	1	1
e1300 Allmenne produkter for utdanningsformål	1	1
e360 Helserelaterte fagpersoner	1	1
e410 Ind. holdninger hos nærmeste familiemedlemmer	1	1
e425 Ind. holdninger hos bekjente, likemenn osv	1	1
e430 Ind. holdninger hos perosner i autoritetsposisjon	1	1
e5550 Tjenester i foreninger og organisasjoner	1	1
e525 Tjenester m.m. for boligsektoren	1	1
e5850 Tjenester for utdanning og opplæring	1	1
e5900 Tjenester for arbeid og sysselsetting	1	1

Alle de 3 mest brukte kategoriene i Tabell 12 befinner seg på det individuelle plan. Samfunnsmessige faktorer er funnet (e550, e5900), men i så liten grad at det ikke kan regnes som representativt for rapportene samlet. Det samme gjelder beskrivelser av holdninger (e410, e425, e430) som alle er brukt 1 gang.

Det er koder for den nærmeste familie og for helsepersonell som dominerer. Jeg har valgt e310 hver gang det står nevnt at ektefelle/barn deltar under utredningen på Bredtvet. Videre har jeg benyttet e355 Helsepersonell som kode for logoped/spesialpedagog/fysioterapeut hver gang disse står beskrevet som en del av utredningen. Dette forklarer hvorfor Støtte og sosialt nettverk (e3) er såpass ofte benyttet. Følgende sitat er eksempel der e310 Nærmeste familie er kodet 1 gang og e355 Helsepersonell 2 ganger: Rapport A10: "Det var også satt av tid til samtale med ektefelle, logoped og avdelingssykepleier."

Koden e1301 Hjelpemidler og tilpasset teknologi for utdanningsformål er den tredje mest brukte i beskrivelser. Sitatet fra rapport A18 under illustrerer innholdet i disse kodingene:

Rapport A18:” I løpet av sitt ukese lange opphold her, har xx blitt presentert for følgende programvare: BRA, Lærebok for voksne, Ord og bilde”

### *Analyse av hvordan emneområdet Miljøfaktorer (e) fremtrer i rapportenes tiltak*

Generelt er Miljøfaktorer mer benyttet i tiltak enn i beskrivelser.

Tabell 13: Oversikt over emneområde Miljøfaktorer og bruken av ICF-kategorier fordelt på domene e1-e5 i nivåene 2,3 og 4 slik de fremtrer i tiltakene

Domene	Prosjekt 2 - Tiltak						Sum	
	Nivå 2		Nivå 3		Nivå 4		A	B
	A*	B**	A	B	A	B	A	B
e1 Produkter og teknologi	2	8	4	47	0	0	6	55
e2 Natur og menneskeskapte miljøforandr.	0	0	0	0	0	0	0	0
e3 Støtte og sosialt nettverk	6	52	0	0	0	0	6	52
e4 Holdninger	3	8	0	0	0	0	3	8
e5 Tjenester, systemer og strategier for tiltak	4	14	3	14	0	0	7	28
Sum	15	82	7	61	0	0	22	143

\*)A = Antall unike kategorier brukt i domenet. \*\*)B = Samlet antall ganger kategoriene er benyttet i koding i domenet

Tabell 13 viser at det til sammen er kodet 143 ganger med en miljøkategori i rapportenes tiltak. Dette er flere enn i beskrivelser. e2 Natur og menneskeskapte miljøforandringer er ikke brukt i tiltakene i følge mine kodinger.

I Tabell 14 (s 66) ser vi at e1301 Hjelpemidler og tilpasset teknologi for utdanningsformål er den mest benyttede koden med 30 ganger, dette skulle samsvare godt med at 9 rapporter hadde som mål å utrede med tanke på bruk av pc/programvare (s 29). Nedenfor er et utklipp fra et par rapporter som er kodet med e1301:

”Bruk av PC med pedagogisk program kan være en verdifull ressurs”

Rapport A17:”Av de ovennevnte program er BRA og Ordlek (og evt. Lexia) de mest pedagogisk programvare som kan benyttes i arbeid med fonologiske så vel som semantiske oppgaver, i tillegg til at forbindelsen lyd/bokstav tilgangen til ord og ordformer vil kunne styrkes. Som for andre oppgaver og innfallsvinkler, så avhenger graden av nytte av bruk av pedagogisk programvare av i hvilken grad oppgavene er tilpasset enkeltes språklige og talemessige funksjonsnivå og vansker til enhver tid”

Det er detaljerte forklaringer på de ulike dataprogrammene som gir god informasjon om hva de dreier seg om både praktisk og hvilket tiltaksområde de kan være aktuelle for m.h.t. afasi.

Tabell 14: Liste over ICF-kategoriene som er brukt under emneområdet Miljøfaktorer slik de fremtrer i tiltakene

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
e1301 Hjelpemidler og tilpasset teknologi for utd.formål	30	18
e355 Helsepersonell	29	24
e5850 Tjenester for utdanning og opplæring	12	11
e1251 Hjelpemidler og tilpasset teknologi	11	8
e585 Tjenester m.m. for utdanning og opplæring	9	7
e360 Helserelevante fagpersoner	8	4
e310 Nærmeste familie	7	6
e410 Ind. holdninger hos nærmeste familiemedlemmer	6	6
e398 Annen spesifisert støtte og sosialt nettverk	5	4
e125 Pro og teknologi for kommunikasjonsformål	4	3
e130 Produkter og teknologi for utdanningsformål	4	3
e1250 Allmenne produkter og teknologi for kommunik.	3	2
e1300 Allmenne produkter for utdanningsformål	3	3
e575 Tjenester m.m. for allmenn sosial omsorg	3	3
e325 Bekjente, likemenn, naboer og medlemmer av nærs.	2	2
e340 Personer som yter personlig omsorg og hjelp	1	1
e440 Ind. holdninger hos personer som yter omsorg	1	1
e445 Ind. holdninger hos fremmede	1	1
e580 Tjenester m.m. for helsevesen	1	1
e5800 Helsetjeneste	1	1
e590 Tjenester m.m. for arbeid og sysselsetting	1	1
e5900 Tjenester for arbeid og sysselsetting	1	1

Bruk av kategorien e410 som betegner holdninger hos de nærmeste pårørende står her registrert med 6 ganger i 6 rapporter. Samtlige av disse er utsagn som går på tiltak som foreslås for å ”optimalisere samtalemiljøet” særlig i forhold til ”nøkkelpersoner i familie”.

Rapport A26: ”...effektivt bruk av strategiene Samtalepartneren spiller dessuten en viktig rolle og kan bidra ved å roe ned tempoet og å ikke la samtalen gå videre

Rapport A12: ”Det anbefales også at man arbeider bevisst med samtalepartnerens evne til kommunikasjon, slik at XX opplever å kommunisere i et mest mulig optimalt samtalemiljø. Veiledning av nøkkelpersoner i familie og omsorgstjeneste, ved hjelp av støttet samtale-prinsipper og generelle råd om hva god kommunikasjon er for XX anbefales. XX har kommunikasjonsbok. Dersom denne skal fungere, bør innholdet i mye større grad planlegges sammen med 'XX selv. Hvilke elementer, emner og ord ønsker han å ha med i boken? Boken bør heller ikke være for ensidig skriftbasert, da dette representerer en alt for stor språklig utfordring for XX.”

Koden e355 Helsepersonell er brukt i flest antall rapporter (24). Dette er nok ikke uventet, som sitatet fra rapport A29 viser:

”Timene med logoped på hjemstedet bør fortsette også neste skoleår.”

---

### *Oppsummering av hvordan emneområdet Miljøfaktorer (e) fremtrer i rapportene*

*Miljøfaktorer(e) er representert med 20 kategorier som er brukt 85 ganger i beskrivelser av funksjon og funksjonshemming. I tiltaksforslagene er det brukt 22 kategorier 143 ganger. Samlet er det benyttet 30 kategorier fra dette emneområdet.*

Miljøfaktorene (e) er sterkere vektlagt både i antall koder og ganger de er brukt i tiltakene sammenlignet med beskrivelsene. Spekteret av kategorier som er brukt under de ulike domener på dette emneområdet er imidlertid ikke så stort. Det dreier seg hovedsakelig om opplysninger om ektefelle som er med på utredning og bistand fra logoped, fysioterapeut osv. Kategorier for pc og spesialtilpasset programvare er ofte brukt i tiltakene. 9 av rapportene hadde oppgitt mål om utredning av nettopp dette. Holdninger hos nærpåsoner og arbeidskolleger er ikke så ofte beskrevet, men i 6 rapporter foreslås tiltak for å bevisstgjøre og skape forståelse hos aktuelle nærpåsoner om hva det vil si å ha afasi. I denne forbindelse brukes gjerne video og strukturert materiell med opplegg for å innlemme gode kommunikasjonsteknikker i hverdagen.

Beskrivelsene av de ulike fenomener som ble kodet med miljøfaktorer var greie og tydelige slik at det ikke bød på store problemer med å kode. Rapportene kan etter mitt skjønn sies å fremstå enhetlige med tanke på hva som utredes og hvilke tiltak som foreslås i forhold til hvordan miljøfaktorer er tatt hensyn til og beskrevet i utredning og forslag til videre arbeid.

## 7.6 Diskusjon av resultatene

Jeg vil her gi en vurdering av hvordan rapportene samlet fremstår i sine beskrivelser av afasi med følgetilstander og de tiltak som foreslås. Det er ICF's grunnleggende prinsipp om best mulig deltagelse i samfunnet for den enkelte uavhengig av funksjonsnivå og helsetilstand som ligger til grunn for denne siste oppsummeringen. Som ramme for sluttdiskusjonen bruker jeg de punktene som er satt opp i Andreassen m.fl. (2005) over hva ICF kan være en hjelp til å forstå i utredningsarbeidet (s 25).

Disse punktene beskriver på en praktisk måte essensen i og hensikten med ICF. Jeg formulerer dem som spørsmål.

*Hvordan beskrives den kroppslige og fysiske funksjon sett i forhold til omgivelsene?*

I ICF omfatter kroppslige funksjoner også alle mentale funksjoner (s10). Det er de mentale språkfunksjonsområder som er mest beskrevet i rapportene. Dette samsvarer med definisjonen av afasi (Chapey, 2001; Reinvang, 1978).

I rapportene utredes og beskrives funksjonsnivået innen samtlige fire språkmodaliteter så grundig, fylldig og detaljert at det bød på få problemer å finne relevante ICF-koder på 4.emnenivå (s 9). Det er b1 Mentale språkfunksjoner som er mest benyttet i kodingen av rapportene. De fleste beskrivelsene av språkfunksjoner fremkommer gjennom bruk av tester og kartleggingsmaterieell som viser de spesifikke områdene for språklig-lingvistiske ferdigheter og hvilke vansker eller styrker klienten har ut fra resultatene på disse. Dette kan sies å representere en kognitiv-nevropsykologisk tilnærming til afasi (Andreasen m.fl, 2004). En slik tilnærming som har det enkelte individ i fokus kommer også inn under en medisinsk forståelsesmodell (Engel, 1977; Solli, 2004).

Det finnes ikke ICF-koder som eksakt dekker alle detaljene i de spesifikke testresultatene som refereres i rapportene. ICF er imidlertid ikke ment å skulle erstatte fagspesifikke utrednings- og kartleggingsverktøy, men er i stedet et overordnet rammeverk – en klassifisering (WHO, 2002; 2003; Andreassen m.fl.,2005; Threats, 2005). Bruk av de ulike testene i utredningsfasen foregår uten særlig fokus på omgivelsenes betydning. Det er bare testresultatene som refereres. Jeg fant derfor ingen ICF-koder for miljømessige faktorer som kunne settes i direkte sammenheng med disse resultatene.

Når det gjelder de fysiske forutsetningene er disse stort sett viet mindre plass i rapporttekstene enn de mentale funksjonene. Det er vanlig å beskrive kroppslige forhold i korte og presise termer, som for eksempel ”hjerneslag”, ”høyresidig lammelse”, ”hemiparese”, ”bruker stokk”, ”sitter i rullestol” osv. Disse betegnelsene

---

var enkle å finne ICFkoder på. Samtidig aktualiserer bruk av disse kategoriene behovet for å se hva ICD-10 sier om diagnoser. Det blir dermed tydelig at ICF og ICD-10 har ulike roller (s 8). Det var også på dette området at de få koder fra Kroppsstrukturer (s) ble brukt sammen med Kroppsfunksjoner (b). Ingen Kroppsstrukturkategorier er benyttet i tiltak. På bakgrunn av spesialpedagogikkens medisinske legitimasjonsgrunnlag (Befring og Tangen, 2003) og behovet for en multidisiplinær tilnærming til afasi kan man spørre om det bør være en noe tydeligere presisering av den medisinske tilstanden i rapportene (Fjærtoft og Indredavik, 2007; KUF-rapport, 2001).

Samtlige funksjonsbeskrivelser bærer preg av et individuelt perspektiv. Dette kan sies å illustrere den medisinske forståelsen av sykdom og funksjonshemming (Engel, 1977; WHO, 2002; 2003). Båndene til den medisinske modellen er fortsatt gjeldende i spesialpedagogikken (Solli, 2004). ICF kaster imidlertid ikke vrak på den medisinske modellen, men innlemmer den i stedet. Dette springer ut fra erkjennelsen av at vår kroppslige og fysiske tilstand har stor påvirkning på vår delttagelsesevne (Engel, 1977; WHO, 2003).

### *Hvordan beskrives evne til aktivitet og deltagelse sett i forhold til omgivelsene?*

Det er kanskje i emneområdet Aktivitet og deltagelse (d) at ICFs visjon om ”deltagelse for alle” kommer tydeligst til uttrykk. Det er her forskjellen mellom det å utføre en handling isolert (aktivitet – a) og det å kunne anvende ferdighetene i sosiale naturlige sammenhenger (deltagelse – d) blir tydeliggjort gjennom bruk av modifikatorer (WHO, 2003, s 201-207). Jeg har imidlertid ikke benyttet dette systemet, og kan i så måte bare komme med noen betraktninger i forbindelse med de nøytrale kodene jeg har brukt.

Det er størst fokus på å beskrive klientenes ferdigheter på områder som tilsvarer de kroppsfunksjonsområder som er utredet. I første rekke handler dette om språkrelaterede områder, som for eksempel det å kunne lese eller skrive osv. ICF skiller mellom grunnleggende ferdigheter og mer ”normal” utøvelse av det samme (WHO, 2003). Dette ble av og til vanskelig å kode fordi jeg ikke alltid var sikker på hva teksten



mente (se under oppsummering av emneområdet (d) s 61). Uansett gjenspeiler også dette hovedsakelig et individuelt perspektiv med liten grad av oppmerksomhet overfor miljøfaktorer i individets omgivelser som kunne virke positivt eller negativt på slike ferdigheter. Hovedtyngden kan dermed fortsatt sies å ligge innenfor en medisinsk forståelse, men med noen elementer av den sosiale modellen (Engel, 1977; Solli, 2004).

Det er et ganske sterkt fokus på kommunikasjonsferdigheter i både beskrivelser og tiltak. Ofte blir det fremhevet å bruke alle mulig kommunikasjonskanaler som kroppsspråk, bilder osv. og ikke bare verbal tale. I mange rapporter legges det vekt på at det ikke bare er den som har fått afasi som skal trene, men også de pårørende trenger opplæring og hjelp til å mestre den nye situasjonen. Dette er en erkjennelse av at afasi rammer de pårørende i sterk grad (Simmons-Mackie, 2001; Corneliussen m.fl, 2005; ). Sammen med beskrivelser av at klienten ”kommuniserer godt trass i store språkvansker” vitner tilaksforslagene om at kommunikasjonsperspektivet har en solid forankring i fagmiljøet (Haaland-Johansen, 2004). Dette kommunikasjonsperspektivet bringer også med seg en større oppmerksomhet på nærpå personer og andre faktorer i nærmiljøet, slik at jeg her har kunnet bruke ICF-koder for dette. I ICF er det også tydelig at kommunikasjonsferdigheter inngår som en viktig del av svært mange sider ved livet og hører naturlig hjemme under de fleste av domeneene i Aktivitet og deltagelse (d) (Threats, 2005).

Kommunikasjonsperspektivet åpner også for en forståelse av de store psykiske konsekvenser som følger i kjølvannet av afasi. Hele personligheten influeres og håpløshet og depresjon er utbredt (Chapey og Hallowell, 2001; Simmons-Mackie, 2001). Undersøkelser kan tyde på at det er sammenheng mellom afasi og selvaktelse (Brumfitt & Sheeran, 1999). Det har imidlertid vært vanskelig å utrede dette på en skikkelig måte fordi man ikke har hatt egnede metoder. Det nylig oversatte VASAS-materiellet (Qvenild, 2005) er imidlertid i ferd med å bli mer kjent. De rapportene som refererer forløperen til VASAS (VASES), inneholder flere og mer operasjonaliserte beskrivelser av følelser som igjen gav grunnlag for å benytte ICF-

---

koder for dette. Et annet materiell som også er brukt en del, er CETI (s 19). Dette involverer nærpersionene og medfører dermed en utvidelse av individperspektivet.

Rapportene har flere forslag til tiltak som poengterer at man bør ta utgangspunkt i klientens interesser. Motivasjon er den kategorien som er mest brukt innen Kroppsfunksjoner (Tabell 4) i tiltakene. Følgende sitat fra rapport A7 er egnet til å illustrere dette:

”I timene samtalte vi om ulike emner, bl.a. med utgangspunkt i temaer som brukeren ønsket å ta opp, aktuelt nyhetsstoff, reiser, sportsbegivenheter osv. Ettersom brukeren fortsatt har behov for og selv er motivert for å arbeide med sine språklige funksjonsvansker, foreslår vi følgende oppgaver..”

I noen forslag legges det spesielt vekt på å benytte materiell som har direkte forbindelse til klientens hverdag enten det dreier seg om arbeid eller fritid. Dette kan betegnes som en funksjonell pragmatisk tilnærming til afasi (Andreassen m.fl, 2005). En slik tilnærming må anses som meget positiv med tanke på hva som er sosialt relevant og dermed kan virke motiverende (Simmons-Mackie, 2001). Angående deltagelse i sosialt liv og samfunnet for øvrig står det sjelden noe klart i rapportene som sorterer under d7 Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner, d8 Viktige livsområder, d9 Samfunnsliv og sosiale livsområder (WHO, 2003). En forklaring på dette kunne være klientenes alder og den alvorlige språk- og kommunikasjonsvansken som sammen med andre tilleggsvansker i stor grad gjør tanken på for eksempel arbeid ganske fjern. Imidlertid er 5 av de som er utredet født etter 1960 (s 28) og for flere av de andre ble utredningen gjort for noen år siden slik at for så mange som ca 2/3 av de tilmeldte kunne yrke og arbeidsliv være aktuelt tema. En annen viktig faktor er begrensninger som ligger i selve henvisningsgrunnlaget til Bredtvet kompetansesenter og som nødvendigvis virker styrende for hvilke områder som utredes der. Slik tolker jeg også rapporttekstene når det står ”bestillingen for oppholdet var...” (A15 og A16). I tillegg står det ofte en kort beskrivelse av diagnose i henvisningsbakgrunnene, og dette ble ikke kodet (s 29).

### *Hvordan beskrives omgivelsenes betydning?*

Miljøfaktorer (e) var det dårligst beskrevne emneområdet i rapportene hvis vi ikke regner med Kroppsstrukturer (s). Samtidig er det flere miljøforhold som er omhandlet

i tiltakene enn i beskrivelsene. Tilgangen til tekniske hjelpemidler er godt omtalt i både utredningene og i tiltaksforslagene, og dette gjelder spesielt bruk av pc og pedagogisk programvare i opptrening av språk- og kommunikasjonsferdigheter. Her vises det tydelig at det legges stor vekt på samarbeidet med klienten for å finne sosialt relevante opplegg (Ross & Wertz, 2005).

Ved første gjennomlesning av Tabell 11 og 13 som viser vektlegging av domener under dette emneområdet (e) får man et inntrykk av at det er lagt stor vekt på å beskrive støtte og sosialt nettverk. På den ene siden ble det i rapportene fortalt at ektefelle/nærperson og logoped er med (eller ikke). Det er dette som har gitt grunnlag for min koding med e310/e355 og dermed det forholdsvis høye antall ganger disse kodene er brukt. På den annen side er det sjelden sagt noe om hvilken grad de bidrar med støtte, noe som egentlig skal uttrykkes gjennom disse kodene i følge manualen (selv om det at de var med i seg selv er en støtte) (WHO, 2003, s 160). I flertallet av rapportene er det ikke beskrevet hvilke holdninger nærpersoner og andre utviser som igjen kunne gjenspeile seg i koder for dette. Andre opplysninger om familiære forhold, venner og interesser er vanligvis sparsomme.

Evne til aktivitet og deltagelse, som i rapportene utredes grundig på området språk og kommunikasjon, har sammenheng med miljøfaktorene. Ved å innlemme disse faktorene i kartleggingen av afasi vil perspektivene utvides og forhåpentlig også forståelsen av hvor viktig for eksempel omgivelsenes holdninger er for afasirammedes opplevelse av seg selv og sin egen situasjon. Dette vil også kunne bidra til å minske den sosiale isolasjonen og dermed følelse av håpløshet og depresjon. (Chapey & Hallowell, 2001; Simmons-Mackie, 2001). Ved å bruke ICF som overordnet kartleggingsverktøy vil vi kunne få hjelp til å se disse miljøfaktorene tydeligere (Ross & Wertz, 2005). Imidlertid kan ICF-systemet kritiseres fordi det er så stort og komplisert at det er vanskelig å forklare for klientene. Derfor er det noen som mener at man i stedet bør bruke ressursene på å utvikle de tester og verktøy man har fra før (Penn, 2005; Worrall & Criuse, 2005). Det er også et etisk dilemma å kartlegge et bredt spekter av livsområder hos klientene, når man bare har anledning til å følge opp noen få av disse områdene (Hilari, 2005).

---

Hvis vi imidlertid fokuserer på det som er selve kjernen i vårt arbeid, nemlig å bidra til livskvalitet og velvære for klientene, vil det etter min oppfatning være hensiktsmessig å innlemme ICFs tankegang i kartleggingen. I ICF innebærer velvære en syntese av funksjonsnivået på samtlige fire emneområder som ICFs klassifikasjonssystem er bygd rundt (WHO, 2003, s 180).

## 7.7 Konklusjon

Hva livskvalitet og velvære er kan egentlig bare besvares av den det gjelder. Derfor er det også så vanskelig å måle det (Næss, 2001). Samtidig kan vi ikke la dette bli en sovepute! ICF setter en ny standard for hvordan vi forstår funksjon og funksjonshemming, og definerer velvære som deltagelse på egne premisser (WHO, 2003).

Med utgangspunkt i en helhetlig forståelse av afasi kan man finne at alle de livsområder som beskrives i ICF, dvs. Kroppsfunksjoner (b), Kroppsstrukturer (s), Aktivitet og deltagelse (d) og Miljø (e) blir berørt av afasi (Threats 2005; Geyh et al 2004). I rapportene etter utredning av afasi på Bredtvet tegnes det et klart bilde av afasirammedes funksjonsnivå. Selv om emneområdet Kroppsstrukturer (s) er lite benyttet i kodingen, kommer funksjonsnivå likevel tydelig fram gjennom Kroppsfunksjoner (b) og dette sees i direkte sammenheng med ferdigheter i læring og kunnskapsanvendelse og kommunikasjon som kan klassifiseres gjennom emneområdet Aktivitet og deltagelse (d). Utfordringen er å se de Miljøfaktorer (e) som påvirker den afasirammedes funksjonsnivå og dermed også graden av funksjonshemming i sammenheng med språk- og kommunikasjonsvanskene. Dette kommer ikke så tydelig til uttrykk i rapportene, selv om nærpersoners deltagelse i rehabiliteringen nevnes ofte. Utfordringen er å utrede den afasirammedes funksjonsnivå og sosiale deltagelsesmuligheter i nærmiljøet og i storsamfunnet. En kartlegging av disse forhold vil kunne avdekke holdninger som er rådende i forhold til det å ha afasi og hvordan dette står i direkte sammenheng med afasirammedes livskvalitet og velvære.

Den medisinske forståelsesmodellen har hatt en nærmest dogmatisk posisjon i synet på sykdom og funksjonshemming blant folk flest. Den sosiale forståelsesmodellen kom derfor som et alternativ for å bidra til en forståelse av at problemer som funksjonshemmede opplever i stor grad skapes i samfunnet p.g.a. manglende forståelse og tilrettelegging (Engel, 1977). Det utredningsarbeidet som utføres i forhold til afasi viser at begge disse forståelsesmodellene gjør seg gjeldende, men i ulik grad. Fortsatt synes hovedfokus å være på det individuelle plan. Ved bruk av ICF ønsker man å bidra til en styrking av samarbeidet mellom de ulike fagområdene og utvikling av kunnskap som kan føre til en bedring av afasirammedes livssituasjon. Håpet er at vi gjennom ICFs klassifikasjonssystem vil ha ett felles språk som kan fremme deltagelse for alle (WHO, 2002).

Alle mennesker, uavhengig av eventuell type og alvorlighetsgrad av funksjonshemming, har en grunnleggende rett til å kunne påvirke sin livssituasjon gjennom å kommunisere<sup>23</sup> (Chapey, 2001).

---

<sup>23</sup> Fra ASHA's "Guidelines for a Communication Bill of Rights/ "The Americans With Disabilities Act" (ADA) I Chapey, 2001.

## Kildeliste

Alvesson, Mats & Kaj, Skjöldberg (1994): *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur

Andreassen, Anne B., Arve Landmark, Tone Sandmo, Victoria Aasheim og Kjetil Alstad (2005): *Språk- og talevansker hos voksne. Idésamling*. Oslo: VOX

Befring, E. & Reidun Tangen (2003): "Spesialpedagogikk som fag og forskningsfelt." I: Spesialpedagogikk. E. Befring og Reidun Tangen (red.). 3. utgave, s 13-34. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Bredtvet kompetansesenter (2006): *Årsrapport 2005*. URL: <http://www.statped.no/nyUpload/Moduler/Statped/Enheter/Bredtvet/Filer/arsrapport> [Lesedato: 30.10.2006]

Brodal, Per (2001): *Sentralnervesystemet*. (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget AS

Brumfitt, Shelagh: Clinical commentary. Psychosocial aspects of aphasia: Speech and language therapists' views on professional practice. I: *Disability and Rehabilitation*, Vol 28 nr8. pp 523-534. Taylor & Francis Group.  
URL: <http://taylorandfrancis.metapress.com/link.asp?id=w43212m84638w208>  
[Lesedato: 10.11.2006]

Chapey, Roberta et al. (2001): *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Corneliussen, Margit, Line Haaland-Johansen, Monica I. Knoph, Mairanne Lind og Eli Qvenild (2006): *Afasi og samtale. Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus forlag

Crystal, David and Rosemary Varley (1993): *Introduction to Language Pathology*. London: Whurr Publishers Ltd

Dalen, Monica (2004): *Intervju som forskningsmetode.-En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Engel, George (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. I: *Science*. Vol. 196, Issue 4286, s 129-136. URL: <http://www.jstor.org/view/00368075/ap004472/00a00050/000> [Lesedato: 03.11.2006]

Fjærtøft, Hild & Bent Indredavik (2007): "Rehabilitering av pasienter med hjerneslag". I: *Tidsskriftet for den norske lægeforening*, nr 8, 442-445  
<http://www.tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2007/442-5pdf>  
[Lesedato: 23.04.2007]

Grønmo, Sigmund (1996): Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen. I: *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Harriet Holter og Ragnvald Kalleberg (red.) Oslo: Universitetsforlaget

- Geyh, s., A.Cieza, J.Schouten, H.Dickson, P.Frommelt, Z.Omar et al.(2004): "ICF Core Sets of Stroke" I: Journal af rehabilitation Medicine, 36/Supplement 44, s135-141  
<http://www.ingentaconnect.com/content/tandf/sreh/2004/00000036/A044s044/art00022?token=004e16861d2e1576275051707d3568263c2b6f7e2a46762c47745d3e706c7050236e2f2d0ed680>  
[Lesedato: 28.05.2007]
- Grue, Lars (2006): *Funksjonshemming, retorikk og forståelse* –NOVA  
Publisert 29.03.2006.  
<http://www.dok.no/getfile.php/270440.951.ratfpxrfpc/retorikketc.pdf>  
[Lesedato: 05032007]
- Harter, Susan (1999): *The construction of the self*. New Yuork/London: The Guilford Press
- Hilary, Katerina (2005): "Choosing relevant outcomes for aphasia: A commentary on Ross and Wertz, "Advancing appraisal: Aphasia and the WHO." I: *Aphasiology*, 19, s 860-900 Psychology Press. Taylor & Francis Group URL:  
<http://dx.doi.org/10.1080/02687030544000038>  
[Lesedato: 11.2006]
- Haaland-Johansen, Line (2004): "Afasi I et kommunikativt perspektiv-tanker om en logopedisk verktøykasse" I: *Logopeden* nr. 4 (2004)  
<http://www.statped.no/nyUpload/Moduler/Statped/Enheter/Bredtvet/Filer/Afasiogko>  
[Lesedato: 21.05.2007]
- Kirke-, og utdannings- og forskningsdepartementet – KUF (08.06.2001): *Rapport fra arbeidsgruppe for vurdering av tilbud til personer med språk- og talevansker*. URL:  
[http://odin.dep.no/kd/norsk/dok/andre\\_dok/rapporter/014001-990064/hov010-bn.html](http://odin.dep.no/kd/norsk/dok/andre_dok/rapporter/014001-990064/hov010-bn.html)  
[Lesedato: 31.10.2006]
- Maxwell, J. A.(1992): "Understanding and Validity in Qualitative Research". I: *Harvard Educational Review*, Vol. 62, No. 3, 1992. Side 279-300
- NESH, Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora(2006): *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*.
- Norsk Logopedlag. *Yrkesetiske retningslinjer*.  
URL:<http://www.norsk-logopedlag.no/page.php?id=28&parentid=12>  
[Lesedato:01.11.2006]
- Næss, Siri (2001): "Livskvalitet som psykisk velvære" I: *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 16/2001.URL: <http://www.tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2001/1940-4.pdf>  
[Lesedato: 21.05.07]
- ] Peach, R.K.(2001):"Clinical Intervention for Global Aphasia". I: *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Roberta Chapey (red.), Fourth Edition, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins

- Penn, Claire (2005): "Who's tired of the WHO? A commentary on Ross and Wertz, "Advancing appraisal: Aphasia and the WHO" I: *Aphasiology*, 19, s 860-900 Psychology Press. Taylor & Francis Group URL: <http://dx.doi.org/10.1080/02687030544000038> [Lesedato: 11.2006]
- Qvenild, Eli (2005): *VASAS: Visuell Analog selvaktelsesskala*. Brukerveiledning. Oslo: Bredtvet kompetansesenter
- Reinvang, Ivar (1978): *Afasi. Språkforstyrrelser etter hjerneskade*. Oslo: Universitetsforlaget (3.opplag 1988)
- Reinvang, Ivar og Kjetil Sundet (1988): *Afasi. Når språket svikter*. (1.utg, 2.opplag 1993). Oslo: H.Aschehoug & Co. (W.Nygaard)
- Richards, Lyn (2005): *Handling qualitative data: A practical guide*. London: Sage
- Ross, Katherine B. & Robert T. Wertz, R.(2005): "Forum. Advancing appraisal: Aphasia and the WHO". I: *Aphasiology*, 19, s 860-900 Psychology Press. Taylor & Francis Group URL: <http://dx.doi.org/10.1080/02687030544000038> [Lesedato: 11.2006]
- Simmons-Mackie, Nina (2001): "Social Approaches to Aphasia Intervention". I: *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Roberta Chapey (red.), Fourth Edition, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
- Solli, Kjell-Arne (2004): *Kunnskapsstatus om spesialundervisningen i Norge* <http://www.udir.no/upload/Rapporter/Kunnskapsstatus.pdf> [Lesedato: 13.03.2007]
- Sosial og helsedirektoratet og KITH (2004): *ICF-Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Et introduksjonsprogram til Verdens Helseorganisasjons ICF. URL: <http://www.kith.no/upload/1855/ICF-nasjonal%20presentasjon%20lysark.ppt> [Lesedato 10.11.2006]
- Statens Helsetilsyn. Veileder i rehabilitering av slagrammede. 16-12-2004. Statens Helsetilsyns Veiledningsserie 4-1996. <http://www.helsetilsynet.no> [Lesedato: 13.12.2005]
- Statped (2006): *Om Bredtvet kompetansesenter. Fagområder* URL: [http://www.statped.no/moduler/templates/Module\\_Overview.aspx?id=13723&eplanguage=NO](http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Overview.aspx?id=13723&eplanguage=NO) [Lesedato: 13.11.2006]
- Strauss, A. & Corbin, J (1996): *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory. Procedures and Techniques*. London: Sage



Theie, Steinar og Reidun Tangen (2003): *Kvalitativ analyse og bruk av NUD\*IST (N6)*. Oslo: Institutt for spesialpedagogikk –Universitet i Oslo

Threats, Travis (2005): "Exploring all aspects of the ICF framework with aphasia: A commentary on Ross and Wertz, "Advancing appraisal: Aphasia and the WHO". I: *Aphasiology*, 19, s 860-900 Psychology Press. Taylor & Francis Group URL: <http://dx.doi.org/10.1080/02687030544000038>  
[Lesedato: 11.2006]

Tjørnhov, Jytte (2005): ICF-udvikling og anvendelse i ergoterapisammenhenge [http://www.etf.dk/uploads/tx\\_subjectdb/jt-icf-0405.pdf](http://www.etf.dk/uploads/tx_subjectdb/jt-icf-0405.pdf)  
[Lesedato: 14.03.2007]

WHO (2003): *ICF. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*  
Oversatt og tilrettelagt av KITH og utgitt av Sosial og helsedirektoratet  
Med tillatelse fra WHO.  
Otta: AIT Otta AS

World Health Organization (WHO) (2002): *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. ICF*. URL:  
[http://www.designfor21st.org/documents/who\\_icf\\_2002.pdf](http://www.designfor21st.org/documents/who_icf_2002.pdf) [Lesedato: 11.11.2006]

Worrall, Linda & Madeleine Cruice (2005): Why the WHO ICF and QQL constructs do not lend themselves to programmatic appraisal for planning therapy for aphasia. A commentary on Ross and Wertz, "Advancing appraisal: Aphasia and the WHO". I: *Aphasiology*, 19, s 860-900 Psychology Press. Taylor & Francis Group URL: <http://dx.doi.org/10.1080/02687030544000038>  
[Lesedato: 11.2006]

KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS  
Informasjonsteknologi for helse og velferd  
<http://www.kith.no>

## Vedlegg 1

“ICF Core Sets for Stroke” I: Journal of rehabilitation Medicine, 36/Supplement 44, s135-141  
(Geyh et al; 2004)

### body functions

b110 Consciousness functions
b114 Orientation functions
b117 Intellectual functions
b126 Temperament and personality functions
b130 Energy and drive functions
b134 Sleep functions
b140 Attention functions
b144 Memory functions
b152 Emotional functions
b156 Perceptual functions
b164 Higher-level cognitive functions
b167 Mental functions of language
b172 Calculation functions
b176 Mental function of sequencing complex movements
b180 Experience of self and time functions
b210 Seeing functions
b215 Functions of structures adjoining the eye
b260 Proprioceptive function
b265 Touch function
b270 Sensory functions related to temperature and other stimuli
b280 Sensation of pain
b310 Voice functions
b320 Articulation functions
b330 Fluency and rhythm of speech functions
b410 Heart functions
b415 Blood vessel functions
b420 Blood pressure functions
b455 Exercise tolerance functions
b510 Ingestion functions
b525 Defecation functions
b620 Urination functions
b640 Sexual functions
b710 Mobility of joint functions
b715 Stability of joint functions
b730 Muscle power functions
b735 Muscle tone functions
b740 Muscle endurance functions
b750 Motor reflex functions
b755 Involuntary movement reaction functions
b760 Control of voluntary movement functions
b770 Gait pattern functions

**body structures**

s110 Structure of brain
s410 Structure of cardiovascular system
s720 Structure of shoulder region
s730 Structure of upper extremity
s750 Structure of lower extremity

**activities and participation**

d115 Listening
d155 Acquiring skills
d160 Focusing attention
d166 Reading
d170 Writing
d172 Calculating
d175 Solving problems
d210 Undertaking a single task
d220 Undertaking multiple tasks
d230 Carrying out daily routine
d240 Handling stress and other psychological demands
d310 Communicating with – receiving – spoken messages
d315 Communicating with – receiving – non-verbal messages
d325 Communicating with – receiving – written messages
d330 Speaking
d335 Producing non-verbal messages
d345 Writing messages
d350 Conversation
d360 Using communication devices and techniques
d410 Changing basic body position
d415 Maintaining a body position
d420 Transferring oneself
d430 Lifting and carrying objects
d440 Fine hand use
d445 Hand and arm use
d450 Walking
d455 Moving around
d460 Moving around in different locations
d465 Moving around using equipment
d470 Using transportation
d475 Driving
d510 Washing oneself
d520 Caring for body parts
d530 Toileting
d540 Dressing
d550 Eating
d570 Looking after one's health
d620 Acquisition of goods and services
d630 Preparing meals
d640 Doing housework
d710 Basic interpersonal interactions
d750 Informal social relationships
d760 Family relationships

d770 Intimate relationships
d845 Acquiring, keeping and terminating a job
d850 Remunerative employment
d855 Non-remunerative employment
d860 Basic economic transactions
d870 Economic self-sufficiency
d910 Community life
d920 Recreation and leisure

### **Environmental factors**

e110 Products or substances for personal consumption
e115 Products and technology for personal use in daily living
e120 Products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transport.
e125 Products and technology for communication
e135 Products and technology for employment
e150 Design, construction and building products and techn. of buildings for public use
e155 Design, construction and building products and techn. of buildings for private use
e165 Assets
e210 Physical geography
e310 Immediate family
e315 Extended family
e320 Friends
e325 Acquaintances, peers, colleagues, neighbours and community members
e340 Personal care providers and personal assistants
e355 Health professionals
e360 Health-related professionals
e410 Individual attitudes of immediate family members
e420 Individual attitudes of friends
e425 Individual attitudes of acquaintances, peers, colleagues, neighbours and community members
e440 Individual attitudes of personal care providers and personal assistants
e450 Individual attitudes of health professionals
e455 Individual attitudes of health-related professionals
e460 Societal attitudes
e515 Architecture and construction services, systems and policies
e525 Housing services, systems and policies
e535 Communication services, systems and policies
e540 Transportation services, systems and policies
e550 Legal services, systems and policies
e555 Associations and organizational services, systems and policies
e570 Social security services, systems and policies
e575 General social support services, systems and policies
e580 Health services, systems and policies
e590 Labour and employment services, systems and policies

## Vedlegg 2

Trestrukturert liste med ICF-koder brukt i kodingen av afasi rapportene fra Bredtvet kompetansesenter. Tabellen viser antall ganger kodene er brukt og antall rapporter de forekommer i, på Nivå 3, 4 og 5 i de to prosjektene for beskrivelser av funksjon og funksjonshemming og forslag til tiltak.

Emnegrupper Domener  Kategorier	Beskrivelser						Tiltak					
	Antall						Antall					
	Nivå 3		Nivå 4		Nivå 5		Nivå 3		Nivå 4		Nivå 5	
	ganger	rapporter	ganger	rapporter	ganger	rapporter	ganger	rapporter	ganger	rapporter	ganger	rapporter
Kroppsfunksjoner												
b1 Mentale funksjoner												
b114 Orienteringsfunksjoner	3	3					1	1				
<b>b1140 Orientering for sted</b>			2	1								
b110 Bevissthetsfunksjoner	5	3					2	2				
<b>b117 Intellektuelle funksjoner</b>	3	3										
<i>b122 Overodnede psykososiale funksjoner</i>							1	1				
b126 Temperament og personlighet	11	9					0	0				
b1261 Velvillighet			8	7					2	2		
<b>b1260 Utadventhet</b>			7	7								
<b>b1263 Psykisk stabilitet</b>			1	1								
b1265 Optimisme			4	4					1	1		
<i>b1266 Selvtillitt</i>									1	1		
b130 Energi og handlekraft	2	2					1	1				
b1300 Energinivå			7	6					9	8		
b1301 Motivasjon			27	18					17	12		
b140 Oppmerksomhetsfunksjoner	4	4					1	1				
b144 Hukommelsefunksjoner	17	11					3	3				
b1440 Korttidsminne			2	2					1	1		
b1442 Femhenting av minne			17	13					6	3		
b1441 Langtidsminne			1	1					1	1		
b152 Emosjonelle funksjoner	9	9					2	2				
<b>b1520 Emosjonell tilpasning</b>			4	3								
<b>b1521 Emosjonell kontroll</b>			1	1								
b156 Persepsjonsfunksjoner	2	1					1	1				
b1561 Synsperspeksjon			3	1					1	1		
<b>b1560 Hørselsperseksjon</b>			3	2								
<b>b160 Tenkefunksjoner</b>	0	0										
<i>b1600 Tanketempo</i>									1	1		
b164 Høyere kognitive funksjoner	3	3					1	1				
<i>b1640 Abstraksjon</i>									7	4		
<i>b1641 Organisering og planlegging</i>									11	5		
b1644 Innsikt			17	11					7	5		
<b>b1646 Problemløsning</b>			10	7								
<b>b 1640 Abstraksjon</b>			4	4								
b167 Mentale språkfunksjoner	15	12					16	14				









<b>inne/ute</b>																				
<b>e1201 Hjelpemidl og tilpasset tekn for mobillet m m</b>			<b>1</b>	<b>1</b>																
e125 Pro og teknologi for kommunikasjonsformål	<b>0</b>	<b>0</b>								4	3									
<i>e1250 Allmenne produkter og teknologi for kommunik.</i>												3	2							
e1251 Hjelpemidler og tilpasset teknologi			<b>4</b>	<b>2</b>								11	8							
e130 Produkter og teknologi for utdanningsformål	<b>2</b>	<b>1</b>								4	3									
e1300 Allmenne produkter for utdanningsformål			<b>1</b>	<b>1</b>								3	3							
e1301 Hjelpemidler og tilpasset teknologi for utd.formål			<b>13</b>	<b>9</b>								30	18							
e2 Natur og menneskaskapte miljøforandringer																				
<b>e250 Lyd</b>	<b>3</b>	<b>3</b>																		
e3 Støtte og sosialt nettverk																				
e310 Nærmeste familie	<b>23</b>	<b>18</b>								7	6									
<b>e320 Venner</b>	<b>2</b>	<b>2</b>																		
e325 Bekjente, likemenn, naboer og medlemmer av nærs.	<b>2</b>	<b>1</b>								2	2									
e340 Personer som yter personlig omsorg og hjelp	<b>3</b>	<b>2</b>								1	1									
e355 Helsepersonell	<b>21</b>	<b>16</b>								29	24									
e360 Helserelaterte fagpersoner	<b>1</b>	<b>1</b>								8	4									
<i>e398 Annen spesifisert støtte og sosialt nettverk</i>										5	4									
e4 Holdninger																				
e410 Ind. holdninger hos nærmeste familiemedlemmer	<b>1</b>	<b>1</b>								6	6									
<b>e425 Ind. hodninger hos bekjente, likemenn osv</b>	<b>1</b>	<b>1</b>																		
<b>e430 Ind. holdninger hos perosner i autoritetsposisjon</b>	<b>1</b>	<b>1</b>																		
<i>e440 Ind. holdinger hos personer som yter omsorg</i>										1	1									
<i>e445 Ind. holdninger hos fremmede</i>										1	1									
e5 Tjenester systemer og strategier for tiltak																				
<b>e555 Tjenester m.m. i foreninger og organisasjoner</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																		
<b>e5550 Tjenester i foreninger og organisasjoner</b>			<b>1</b>	<b>1</b>																
<b>e525 Tjenester m.m. for boligsektoren</b>	<b>1</b>	<b>1</b>																		
<b>e570 Tjenester m.m. for trygdevesen</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																		
<b>e5700 Trygdetjenester</b>			<b>2</b>	<b>2</b>																
<i>e575 Tjenester m.m. for allmenn sosial omsorg</i>										3	3									
<i>e580 Tjenester m.m. for helsevesen</i>										1	1									
<i>e5800 Helsetjeneste</i>												1	1							
e585 Tjenester m.m. for utdanning og opplæring	<b>0</b>	<b>0</b>								9	7									
e5850 Tjenester for utdanning og opplæring			<b>1</b>	<b>1</b>								12	11							
e590 Tjenester m.m. for arbeid og sysselsetting	<b>0</b>	<b>0</b>								1	1									
e5900 Tjenester for arbeid og sysselsetting			<b>1</b>	<b>1</b>								1	1							
Sum antall koder brukt fra "Miljøfaktorer"	<b>61</b>		<b>24</b>		<b>0</b>					82		61		0						

## Vedlegg 3

Oversikt over hvor mange antall ganger kategorier er brukt i kodingen av rapportene fra Bredtvet kompetansesenter rangert etter brukshyppighet. Kodene er gruppert etter de to prosjektene Beskrivelse og Tiltak og de 4 emneområdene i ICF. Tabellene viser antall ganger kodene er brukt og i hvor mange rapporter de forekommer.

### Kroppsfunksjoner (b) i Beskrivelse.

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
b16700 Oppfatte talespråk	45	26
b1672 Integrerende språkfunksjoner	39	18
b16701 Oppfatte skriftspråk	31	19
b16710 Uttrykke talespråk	29	20
b1301 Motivasjon	27	18
b144 Hukommelsefunksjoner	17	11
b1442 Femhenting av minne	17	13
b1644 Innsikt	17	11
b176 Styring av sammensatte bevegelser	16	12
b167 Mentale språkfunksjoner	15	12
b16711 Uttrykke skriftspråk	12	11
b126 Temperament og personlighet	11	9
b320 Uttalefunksjon	11	9
b1646 Problemløsning	10	7
b1670 Oppfatte språk	10	8
b152 Emosjonelle funksjoner	9	9
b172 Regnefunksjoner	9	8
b3300 Taleflyt	9	8
b1261 Velvillighet	8	7
b7302 Muskelstyrke i én side av kroppen	8	8
b1260 Utadventhet	7	7
b1300 Energinivå	7	6
b1671 Uttrykke språk	7	6
b210 Synsfunksjoner	7	3
b3303 Talemelodi	6	5
b110 Bevissthetsfunksjoner	5	3
b230 Hørselsfunksjoner	5	3
b7301 Muskelstyrke i ett av kroppens lemmer	5	5
b7300 Styrke av enkeltmuskler og muskelgrupper	5	3
b1265 Optimisme	4	4
b140 Oppmerksomhetsfunksjoner	4	4
b1520 Emosjonell tilpasning	4	3
b1640 Abstraksjon	4	4
b330 Taleflyt og talerytme	4	4
b114 Orienteringsfunksjoner	3	3
b117 Intellektuelle funksjoner	3	3
b1561 Synspersepsjon	3	1
b1560 Hørselspersepsjon	3	2
b164 Høyere kognitive funksjoner	3	3
b3301 Talerytme	3	3

b1140 Orientering for sted	2	1
b130 Energi og handlekraft	2	2
b1440 Korttidsminne	2	2
b156 Persepsjonsfunksjoner	2	1
b265 Berøringssans	2	2
b28016 Leddsmerter	2	2
b3400 Frembringe toner	2	2
b510 Nærings- og væskeinntak	2	2
b780 Sansefølelser i forb. med muskler og bevegelse	2	2
b1263 Psykisk stabilitet	1	1
b1441 Langtidsminne	1	1
b1521 Emosjonell kontroll	1	1
b180 Selvopplevelse og tidsoppfatning	1	1
b1801 Kroppsbilde	1	1
b2351 Balansesans	1	1
b270 Sansefunksjoner for temperatur og andre stimuli	1	1
b3100 Stemmedannelse	1	1
b3101 Stemmekvalitet	1	1
b455 Fysisk kondisjon	1	1
b4552 Trettbarhet	1	1
b610 Urinutskillelse	1	1
b730 Muskelstyrke	1	1
b740 Muskelutholdenhet	1	1
b7601 Kontroll av sammensatte viljestyrte bevegelser	1	1
<b>Sum antall ganger koder er brukt fra "Kroppsfunksjoner"</b>	<b>475</b>	

### Kroppsstrukturer (s) i Beskrivelse.

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
s730 Overekstremiteters struktur	12	12
s410 Kretsløpssystemets struktur	11	11
s750 Underekstremiteters struktur	11	11
s110 Hjernens struktur	8	8
s720 Skulderregionens struktur	2	2
s610 Urinsystemets struktur	1	1
<b>Sum antall ganger koder er brukt fra "Kroppsstrukturer"</b>	<b>45</b>	

### Aktivitet og deltagelse (d) i Beskrivelse.

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
d130 Gjøre etter	23	17
d166 Lese	19	17
d140 Lære å lese	16	15
d145 Lære å skrive	15	12
d330 Tale	15	13
d135 Innøving	14	11
d3350 Ytre seg med kroppsspråk	13	10
d170 Skrive	7	7
d450 Gå	7	7

d310 Forstå talte ytringer	6	5
d350 Samtale	6	6
d345 Ytre seg skriftlig	5	5
d335 Ytre seg uten ord	4	4
d3602 Bruke kommunikasjonsmetoder	4	4
d4751 Føre motoriserte transportmidler	4	4
d710 Grunnleggende mellommenneskelige relasjoner	4	4
d115 Lytte	3	3
d3152 Forstå tegninger og fotografier	3	2
d3504 Samtale med flere personer	3	3
d3500 Innlede en samtale	3	3
d920 Rekreasjon og fritid	3	3
d160 Feste oppmerksomheten	2	2
d175 Løse problemer	2	2
d1751 Løse sammensatte problemer	2	2
d110 Betrakte	2	2
d2101 Utføre en sammensatt oppgave	2	2
d2100 Utføre en enkel oppgave	2	2
d315 Forstå ytringer uten ord	2	2
d325 Forstå skriftlige ytringer	2	2
d3352 Ytre seg med tegninger og foto	2	2
d3600 Bruke telekommunikasjonsutstyr	2	2
d7600 Foreldres relasjon til barn	2	2
d7701 Ekteskapelige relasjoner	2	2
d850 Betalt sysselsetting	2	2
d8501 Deltidsansettelse	2	2
d9202 Kunst og kultur	2	2
d3150 Forstå kroppsspråk	1	1
d3351 Ytre seg med tegn og symboler	1	1
d3358 Annen form for ytring uten ord	1	1
d3501 Gjennomføre en samtale	1	1
d3551 Diskusjon med flere personer	1	1
d3601 Bruke maskinelt skriveutstyr	1	1
d4402 Håndtere	1	1
d465 Bevege seg omkring ved hjelp av utstyr	1	1
d640 Husarbeid	1	1
d6506 Ta vare på dyr	1	1
d750 Uformelle sosiale relasjoner	1	1
d7603 Utvidete familierelasjoner	1	1
d845 Skaffe seg, beholde og avslutte et arbeidsforhold	1	1
d8451 Beholde et arbeidsforhold	1	1
d870 Være økonomoisk selvhjulpen	1	1
d9204 Hobbyer	1	1
<b>Sum antall ganger koder er brukt fra "Aktivitet og deltagelse"</b>	<b>223</b>	

**Miljøfaktorer (e) i Beskrivelse.**

<b>Kategorier</b>	<b>Antall</b>	
	<b>Ganger</b>	<b>Rapporter</b>
e310 Nærmeste familie	23	18
e355 Helsepersonell	21	16
e1301 Hjelpemidler og tilpasset teknologi for utd.formål	13	9
e1251 Hjelpemidler og tilpasset teknologi	4	2
e250 Lyd	3	3
e340 Personer som yter personlig omsorg og hjelp	3	2
e130 Produkter og teknologi for utdanningsformål	2	1
e320 Venner	2	2
e325 Bekjente, likemenn, naboer og medlemmer av nærs.	2	1
e5700 Trygdetjenester	2	2
e1201 Hjelpemidler og tilpasset teknologi for mobilitet m m	1	1
e1300 Allmenne produkter for utdanningsformål	1	1
e360 Helserelaterte fagpersoner	1	1
e410 Individuelle holdninger hos nærmeste familiemedlemmer	1	1
e425 Individuelle holdninger hos bekjente, likemenn osv	1	1
e430 Individuelle holdninger hos personer i autoritetsposisjon	1	1
e5550 Tjenester i foreninger og organisasjoner	1	1
e525 Tjenester m.m. for boligsektoren	1	1
e5850 Tjenester for utdanning og opplæring	1	1
e5900 Tjenester for arbeid og sysselsetting	1	1
<b>Sum antall ganger koder er brukt fra "Miljøfaktorer"</b>	<b>85</b>	

**Kroppsfunksjoner (b) i Tiltak.**

<b>Kategorier</b>	<b>Antall</b>	
	<b>Ganger</b>	<b>Rapporter</b>
b1301 Motivasjon	17	12
b167 Mentale språkfunksjoner	16	14
b1671 Uttrykke språk	16	13
b1672 Integrerende språkfunksjoner	16	13
b1670 Oppfatte språk	14	11
b16701 Oppfatte skriftspråk	13	11
b16700 Oppfatte talespråk	12	10
b176 Styring av sammensatte bevegelser	11	7
b1641 Organisering og planlegging	11	5
b320 Uttalefunksjon	11	7
b1300 Energinivå	9	8
b16710 Uttrykke talespråk	9	8
b1644 Innsikt	7	5
b1640 Abstraksjon	7	4
b1442 Fremhenting av minne	6	3
b16711 Uttrykke skriftspråk	6	6
b144 Hukommelsefunksjoner	3	3
b3300 Taleflyt	3	3
b110 Bevissthetsfunksjoner	2	2
b1261 Velvillighet	2	2
b152 Emosjonelle funksjoner	2	2
b3400 Frembringe toner	2	2

b122 Overordnede psykososiale funksjoner	1	1
b114 Orienteringsfunksjoner	1	1
b1265 Optimisme	1	1
b130 Energi og handlekraft	1	1
b140 Oppmerksomhetsfunksjoner	1	1
b1440 Korttidsminne	1	1
b1441 Langtidsminne	1	1
b156 Persepsjonsfunksjoner	1	1
b1561 Synsperspeksjon	1	1
b164 Høyere kognitive funksjoner	1	1
b172 Regnefunksjoner	1	1
b1266 Selvtillit	1	1
b1600 Tanketempo	1	1
b1720 Regne med enkle regnearter	1	1
b210 Synsfunksjoner	1	1
b330 Taleflyt og talerytme	1	1
b3301 Talerytme	1	1
<b>Sum antall ganger koder er brukt fra "Kroppsfunksjoner"</b>	<b>212</b>	

### Kroppsstrukturer (s) i Tiltak.

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
	0	0
<b>Sum antall ganger koder er brukt fra "Kroppsstrukturer"</b>	<b>0</b>	

### Aktivitet og deltagelse (d) i Tiltak.

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
d135 Innøving	25	17
d155 Tilegne seg ferdigheter	17	13
d3602 Bruke kommunikasjonsmetoder	16	10
d166 Lese	15	11
d170 Skrive	13	8
d115 Lytte	11	8
d330 Tale	11	9
d3350 Ytre seg med kroppsspråk	11	7
d140 Lære å lese	10	7
d145 Lære å skrive	10	7
d175 Løse problemer	7	5
d3152 Forstå tegninger og fotografier	7	5
d130 Gjøre etter	6	5
d310 Forstå talte ytringer	6	6
d350 Samtale	6	6
d3352 Ytre seg med tegninger og foto	4	3
d3150 Forstå kroppsspråk	3	3
d3351 Ytre seg med tegn og symboler	3	3
d345 Ytre seg skriftlig	3	2
d360 Bruke kommunikasjonsutstyr og -metoder	3	2
d7504 Uformelle sosiale relasjoner med likestilte	3	3

d920 Rekreasjon og fritid	3	3
d150 Lære å regne	2	2
d335 Ytre seg uten ord	2	2
d3600 Bruke telekommunikasjonsutstyr	2	2
d440 Finere håndbevegelser	2	2
d2100 Utføre en enkel oppgave	1	1
d6506 Ta vare på dyr	1	1
d660 Hjelp andre	1	1
d698 Annet hjemmeliv	1	1
d825 Yrkesopplæring	1	1
d839 Annen spesifisert eller uspesifisert utdanning	1	1
d845 Skaffe seg, beholde og avslutte et arbeidsforhold	1	1
d8450 Søke arbeid	1	1
d852 Avslutte et arbeidsforhold	1	1
d850 Betalt sysselsetting	1	1
d8501 Deltidsansettelse	1	1
d9100 Uformelle sammenslutninger	1	1
d9202 Kunst og kultur	1	1
d1 Læring og kunnskapsanvendelse	0	0
<b>Sum antall ganger koder er brukt fra "Aktivitet og deltagelse"</b>	<b>214</b>	

### Miljøfaktorer (e) i Tiltak.

Kategorier	Antall	
	Ganger	Rapporter
e1301 Hjelpemidler og tilpasset teknologi for utd.formål	30	18
e355 Helsepersonell	29	24
e5850 Tjenester for utdanning og opplæring	12	11
e1251 Hjelpemidler og tilpasset teknologi	11	8
e585 Tjenester m.m. for utdanning og opplæring	9	7
e360 Helserelaterte fagpersoner	8	4
e310 Nærmeste familie	7	6
e410 Individuelle holdninger hos nærmeste familiemedlemmer	6	6
e398 Annen spesifisert støtte og sosialt nettverk	5	4
e125 Produkter og teknologi for kommunikasjonsformål	4	3
e130 Produkter og teknologi for utdanningsformål	4	3
e1250 Allmenne produkter og teknologi for kommunikasjon	3	2
e1300 Allmenne produkter for utdanningsformål	3	3
e575 Tjenester m.m. for allmenn sosial omsorg	3	3
e325 Bekjente, likemenn, naboer og medlemmer av nærs.	2	2
e340 Personer som yter personlig omsorg og hjelp	1	1
e440 Individuelle holdninger hos personer som yter omsorg	1	1
e445 Individuelle holdninger hos fremmede	1	1
e580 Tjenester m.m. for helsevesen	1	1
e5800 Helsetjeneste	1	1
e590 Tjenester m.m. for arbeid og sysselsetting	1	1
e5900 Tjenester for arbeid og sysselsetting	1	1
<b>Sum antall ganger koder er brukt fra "Miljøfaktorer"</b>	<b>143</b>	