

# ICF - et verktøy i logopedisk arbeid

*En studie om ICF er egnet i logopedisk utredningsarbeid og rapportering*

**Sun Elina Thorn Rabben**



Masteroppgave i spesialpedagogikk ved Det  
Utdanningsvitenskapelige fakultet, Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

30.mai 2008

# Sammendrag

## 1. Tittel

ICF-et verktøy i logopedisk arbeid.

En studie om ICF er egnet i logopedisk utredningsarbeid og rapportering.

## 2. Bakgrunn og formål

Denne studien er en del av prosjektet ”ICF i spesialpedagogisk rapportering og utredningsarbeid”, som er et samarbeid mellom Bredtvet kompetansesenter og Institutt for spesialpedagogikk (ISP) ved Universitetet i Oslo. ICF, som er en forkortelse av International Classification of Functioning, Disability and Health, representerer et nytt mål på helse, ved at klassifikasjonen er utformet etter både en sosial- og medisinsk modell.

## 3. Problemstillingen

*”Hvor egnet er ICF som utgangspunkt for logopedisk utredningsarbeid, rapportering og nye rapporteringsskjemaer?”*

## 4. Metoden

I denne undersøkelsen ble det valgt et kvalitativt design med et strukturert intervju som datainnsamlingsmetode. Seks logopeder fra Bredtvet kompetansesenter, hvorav to representerer dysleksi, to logopeder fra stemmeteamet og to logopeder fra afasiteamet. Informantene ble intervjuet i to ganger, med ulike intervjuguiden. Intervjuene ble kodet manuelt etter transkriberingen, først separat, og deretter ble intervjuene kodet på nytt og samlet i et dokument.

## 5. Resultater og konklusjon

ICF synes å være egnet til logopedisk utredningsarbeid og rapportering. Mesteparten av det logopedene ser etter når de utreder og hva som skrives i rapportene, kan man

finne en ICF-kode på. I enkelte tilfeller er ikke kodene spesifikke nok. Noen informanter påpeker også hvor viktig det er å ikke miste det logopediske når man bruker klassifikasjonen, og eventuelt dersom man lager utvalg av koder for de forskjellige fagområdene. De forskjellige teamene på Bredtvet må bli enige et utvalg av koder for de enkelte fagområdene. De fleste logopedene mener man vil miste viktig informasjon dersom man skal lage rapporteringsskjemaer etter ICF. Det vil dermed være mer hensiktsmessig med en mal på rapporter hvor logopedene også får mulighet til å skrive prosa i tillegg til kodene.

## Forord

Endelig er masteroppgaven i mål etter en spennende, og ikke minst utfordrende periode. Det har vært en svært lærerik og givende prosess.

En stor takk til Siri Wormnæs og Steinar Theie som gjorde det mulig for meg å ta del i dette prosjektet. En spesiell takk til veilederen min Siri som har rettleidet og gitt meg gode råd gjennom hele prosessen. Jeg vil også takke informantene mine som har stilt opp og gjort det mulig for meg å fullføre denne oppgaven.

En takk går også til Skage for all hjelp til korrekturlesning av oppgaven og nyttige diskusjoner underveis.

Til slutt vil jeg takke familien for oppmuntrende samtaler og hyggelige sms`er. En stor klem går til mine tantebarn Elina og Joakim. Jeg gleder meg til å tilbringe mer tid med dere fremover!

Oslo, mai 2008

Sun Elina Thorn Rabben



# Innhold

<b>INNHOOLD .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>9</b>
1.1 FORMÅL .....	9
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	11
1.3 OPPBYGGINGEN AV OPPGAVEN .....	11
<b>2. ICF – ET NYTT MÅL PÅ HELSE.....</b>	<b>13</b>
2.1 ICF – EN BIOPSYKOSOSIAL MODELL .....	14
2.2 OPPBYGGINGEN AV ICF`S BEGREPSAPPARAT OG KATEGORIER.....	15
2.2.1 ICF`s virkelighet .....	16
2.2.2 ICF`s omfang .....	16
2.2.3 Modifikatorer i ICF.....	17
2.2.4 Oppbyggingen av kategorier og domener.....	18
2.3 FUNKSJON OG FUNKSJONSHEMMING .....	19
2.4 ICF I NORGE .....	20
<b>3. LOGOPEDISKE FAGOMRÅDER.....</b>	<b>21</b>
3.1 AFASI.....	21
3.1.1 Tilleggsvansker .....	22
3.1.2 Årsaker og forekomst av afasi.....	23
3.1.3 Definisjoner .....	23
3.1.4 Ulike former for afasi.....	24
3.1.5 Afasi - Bredtvet kompetansesenter sine oppgaver .....	25
3.2 DYSLEKSI.....	26
3.2.1 Symptomer på lese- og skrivevansker .....	28
3.2.2 Faktorer som påvirker lese- og skriveutviklingen.....	28
3.2.3 Forekomst og årsaker .....	29
3.2.4 Definisjoner på dysleksi.....	30
3.2.5 Typiske kjennetegn ved dysleksi.....	31
3.2.6 Bredtvet`s oppgaver innen dysleksi.....	32
3.3 STEMMEVANSKER .....	33
3.3.1 Hvordan lages lyden? .....	35
3.3.2 Definisjon.....	35
3.3.3 Funksjonelle stemmevansker .....	36
3.3.4 Organiske stemmevansker .....	38
3.3.5 Stemmevansker – Bredtvet sine oppgaver.....	40

<b>4. KVALITATIV METODE.....</b>	<b>43</b>
4.1 OPERASJONALISERING.....	43
4.2 UTVALG AV ICF-KODER.....	44
4.3 UTVALG AV INFORMANTER .....	45
4.4 INTERVJU SOM FORSKNINGSMETODE .....	46
4.4.1 <i>Strukturert intervju</i> .....	46
4.4.2 <i>Intervjuguiden og tematikk</i> .....	47
4.4.3 <i>Prøveintervju</i> .....	48
4.4.4 <i>Gjennomføringen av intervjuene</i> .....	49
4.4.5 <i>Transkribering</i> .....	50
4.5 ANALYSEN .....	51
4.5.1 <i>Deskriptiv koding</i> .....	51
4.5.2 <i>Temakoding</i> .....	52
4.5.3 <i>Analytisk koding</i> .....	53
<b>5. VALIDITET I UNDERSØKELSEN.....</b>	<b>55</b>
5.1 DESKRIPTIV VALIDITET .....	55
5.2 TOLKNINGSVALIDITET.....	56
5.3 TEORETISK VALIDITET.....	56
5.4 GENERALISERINGSVALIDITET.....	57
5.5 RELIABILITET I KVALITATIV METODE .....	58
5.6 FORSKNINGSETISKE HENSYN .....	59
<b>6. ANALYSE OM HVORVIDT ICF ER EGNET I LOGOPEDISK ARBEID .....</b>	<b>61</b>
6.1 ANALYSE AV HVORVIDT ICF ER TILSTREKKELIG .....	61
6.1.1 <i>De utvalgte kodene</i> .....	61
6.1.2 <i>Dekker de utvalgte kodene de vesentlige aspektene ved afasi, dysleksi, stemmевansker?</i> .....	64
6.2 DEKKER KODENE OMRÅDENE LOGOPEDENE VIL HA I EN RAPPORT? .....	72
6.3 ANALYSE AV HVORVIDT ICF ER ANVENDBAR .....	78
6.3.1 <i>Nytt mål på helse</i> .....	79
6.3.2 <i>ICF's nivåer</i> .....	81
6.3.3 <i>Modifikatorene</i> .....	83
6.3.4 <i>Hvordan lage ICF-mal for rapportering</i> .....	86
6.4 OPPSUMMERING AV ANALYSEN .....	89
6.5 KONKLUSJON .....	92
<b>KILDELISTE.....</b>	<b>95</b>
<b>VEDLEGG 1 .....</b>	<b>103</b>
<b>VEDLEGG 2 .....</b>	<b>106</b>

---

<b>VEDLEGG 3 .....</b>	<b>110</b>
------------------------	------------

<b>VEDLEGG 4 .....</b>	<b>112</b>
------------------------	------------





# 1. Innledning

Synet på mennesket endres stadig. De vanlige indikatorene på helse har vært basert på dødelighet, dødsårsaker og sykdomstilstander, noe som man vil finne i for eksempel ICD-10. Etter nesten 20 års arbeid er et nytt mål for helse vedtatt i en ny klassifikasjon av Verdens Helseorganisasjon; ICF – International classification of function, disability and health. Denne klassifikasjonen gjør det mulig å klassifisere funksjonsevne sett i forhold til deltakelse i sosialt liv, ved hjelp av et kodesystem. Det overordnede målet med ICF er å opprette et felles språk på tvers av faggrupper for å beskrive helse og helserelevante forhold, og for å opprette et enhetlig idégrunnlag (Sosial og helsedirektoratet 2006).

Som nevnt er målsettingen med ICF å beskrive helse og helserelevante forhold. Denne målsettingen kan ikke direkte knyttes til fagfeltet logopedi dersom man tenker på logopedi som spesialundervisning. Logopedi som spesialundervisning kan relateres til Retten til spesialundervisning, som er hjemlet i Opplæringslovens §4a-2, hvor alle barn på grunnskolens området har rett til spesialundervisning (Opplæringsloven av 1998). Dette kan imidlertid problematiseres noe. Logopeder arbeider ikke bare innen utdanning og opplæring, men også innen helse, og logopedi blir i flere europeiske land sett på som en helseprofesjon (Koss 2007). Behandling av språk- og taledefekter som er hjemlet i lov om folketrygd §5-10, står det at et vilkår for å få stønad hos folketrygden ved behandling hos logoped, er at vedkommende er henvist fra lege (Lov om folketrygd av 1997). Med andre ord, logopedi er knyttet både til det spesialpedagogiske fagfeltet og helse.

## 1.1 Formål

Denne oppgaven er en videreføring av tidligere masteroppgaver fra prosjektet "ICF i spesialpedagogisk klinikk". Det som ble gjort i de tidligere oppgavene var at rapporter, på grunnlag av brukere som ble henvist til Bredtvet kompetansesenter

innen afasi, stemmevansker og dysleksi, ble ved hjelp av kodesystemet i ICF gjort om til ICF-koder<sup>1</sup>. Målet med det nye prosjektet, ”ICF i spesialpedagogisk rapportering og utredningsarbeid”, er å se om man kan bruke ICF i fremtidige rapporter etter at brukerne er blitt utredet. Prosjektene er et samarbeidsprosjekt mellom Institutt for spesialpedagogikk (ISP) og Bredtvet kompetansesenter. Bredtvet er et ledd i Statped, Statlig spesialpedagogisk støttesystem, og skal yte tjenester for ca 75 % av Norges befolkning. Målgruppen for senteret er barn, unge og voksne med store og spesifikke språk- og talevansker. Dette dekker fagområdene dysleksi, taleflytvansker, afasi, stemmevansker, leppe-kjeve-ganespalte, strupe- og munnhuleopererte, dysartri og utviklingsmessige språkvansker hos barn (Bredtvet kompetansesenter<sup>2</sup> 2005c).

Formålet med denne oppgaven er først og fremst å se hvor egnet ICF er i forhold til logopedisk utredningsarbeid, rapportering og nye rapporteringsskjemaer. I denne oppgaven vil fagområdene afasi, stemmevansker og dysleksi sees i forhold til hvordan man kan bruke ICF i utredninger og rapporter. Grunnen til denne undringen over hvor egnet ICF er, henger sammen med at klassifikasjonen først og fremst ikke er laget med tanke på det spesialpedagogiske fagfeltet, og dermed må det undersøkes hva logopeder som arbeider i feltet synes om å bruke ICF. Logopedien som sådan blir som nevnt sett på som et fagfelt som ligger i grenselandet mellom det medisinske og spesialpedagogiske feltet. Fagområdene afasi og stemmervansker er eksempler på dette. For å finne ut hvor egnet ICF er til det logopediske arbeidet med tanke på utredning og rapporter, vil det først bli utarbeidet et utvalg av ICF koder som videre må vurderes av fagfolk ved Bredtvet. Deretter blir det viktig å få en forståelse av hvordan utredningsarbeidet og rapporteringen foregår ved senteret, slik at man kan finne muligheter til hvordan ICF kan brukes i dette arbeidet.

---

<sup>1</sup> Kodesystemet i ICF blir nærmere omtalt og gjort rede for i kapittel 2.

<sup>2</sup> Referanser fra nettsider uten forfatter, som for eksempel Bredtvet kompetansesenter og Afasiforbundet, vil ikke i teksten bli presentert med URL og lesedato. Nødvendig informasjon er lagt ved i kildelisten.

---

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen for dette prosjektet og denne oppgaven er:

*”Hvor egnet er ICF som utgangspunkt for logopedisk utredningsarbeid, rapportering og nye rapporteringsskjemaer?”*

I problemstillingen er det noen begreper som må klargjøres. Det som menes med logopedisk arbeid, omhandler i denne sammenheng utredning og rapportering av brukere som kommer til Bredtvet. Fagområdene det er fokusert på i denne oppgaven er afasi, dysleksi og stemmevansker. Det som menes med utredningsarbeid, er det arbeidet en logoped må gjøre for å kartlegge en bruker som er henvist til kompetansesenteret, for videre å kunne hjelpe vedkommende og komme med tiltak. Rapporteringen er en dokumentasjon på hva som er gjort under utredningen og skal sendes til henvisningsinstansen og brukeren. Begrepet egnet har jeg valgt å operasjonalisere til ’tilstrekkelig’ og ’anvendbar’. Dette vil bli nærmere omtalt under metodekapitlet.

For å besvare problemstillingen har jeg valgt et kvalitativt design med intervju som datainnsamlingsmetode. Informantene som ble valgt er logopeder som arbeider ved Bredtvet kompetansesenter. Intervjuet ble delt i to, slik at del en omhandler utredningsarbeid og rapportering ved Bredtvet, og del to handlet om hvordan man kan bruke ICF i utredningsarbeid og rapportering.

## 1.3 Oppbyggingen av oppgaven

I kapittel 2 i oppgaven vil ICF presenteres med en kort redegjørelse for at leseren skal få et innblikk i hva klassifikasjonen omhandler og hvordan den er bygd opp. Kapittel 3 vil ta for seg de logopediske fagområdene afasi, dysleksi og stemmevansker. Redegjørelsene for fagområdene er et forsøk på å dekke de mest vesentlige aspektene ved de ulike vanskene. Teoriene om ICF, afasi, dysleksi og stemmevansker vil bli nærmere drøftet i kapittel 6, sammen med resultatene og analysen av intervjuene.

I kapittel 4 vil jeg presentere metoden som er brukt i denne oppgaven for å besvare problemstillingen. Kapittel 5 omhandler drøfting av ulike validitetsspørsmål i forhold til oppgaven. I tillegg vil også noen forskningsetiske hensyn relatert til denne studien bli presentert.

Kapittel 6 vil omhandle både en presentasjon av resultater, samt analyse og drøfting av funn. Drøftingen av funnene vil bli sett i lys av relevant teori som er presentert i kapittel 2 og 3. I tillegg vil dette kapitlet også inneholde en oppsummering av analysen og drøftingen, samt en kort konklusjon.

---

## 2. ICF – et nytt mål på helse

International Classification of Function, Disability and Health, ICF, er det nyeste klassifikasjonssystemet som er utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon, WHO. Hensikten med ICF er å klassifisere menneskers helse, slik den kommer til uttrykk i funksjon og funksjonshemming, og aktivitet og deltagelse i sosial sammenheng. ICF klassifiserer også miljøfaktorer som kan påvirke funksjon og funksjonshemming. Det er imidlertid viktig å være klar over at ICF ikke klassifiserer mennesker, men menneskelig funksjon og innskrenkninger i den (Sosial og helsedirektoratet 2006).

ICF og ICD-10 blir gjerne sett på som utfyllende i forhold til hverandre, og kan belyses med dette sitatet:

*”ICF vil således klassifisere funksjonskonsekvenser av tilstander klassifisert i ICD-10 og vil sette dem inn i en videre helsemessig, sosial og miljømessig sammenheng” (Sosial og helsedirektoratet 2006, s.4).*

Kombinasjonen mellom disse (diagnostisk informasjon og beskrivelse av funksjon) kan gi et bredt og meningsfylt bilde av personlig helse, og kan gi grunnlag for tiltak både på et individuelt plan og i samfunnsperspektiv (Sosial og helsedirektoratet 2006). Det ideologiske grunnlaget for ICF er utviklet i overensstemmelse med The standard rules of equalization of opportunities for persons with disabilities.

*”Handler om et samfunn som gir alle mennesker like muligheter for deltagelse om utfoldelse; et samfunn der mennesker kan etablere og opprettholde sin selvstendighet og sosiale tilværelse (Sosial- og helsedirektoratet & KITH 2004, s. 34).*

Dette sitatet gjenspeiler grunnlaget til ICF og hva som er vektlagt under utarbeidelsen av klassifikasjonen. Sitatet sier oss også noe om hva man ønsker å klassifisere ved hjelp av kodesystemet; man ser mennesker i en større sammenheng enn bare en diagnose.

## 2.1 ICF – en biopsykososial modell

ICF er et nytt mål på helse. Dette kan synliggjøres ved at klassifikasjonen blir sett på som en biopsykososial modell. At det er en medisinsk modell betyr:

*”Den medisinske forståelsen betrakter funksjonshemming som et individuelt problem, forårsaket av sykdom, skade eller annen helsetilstand...” (Sosial og helsedirektoratet 2006, s. 18).*

Den sosiale modellen vil i dette tilfelle dreie seg om:

*”På den annen side, sees problemet etter den sosiale forståelse i hovedsak som skapt av sosiale forhold, og handler grunnleggende om full integrasjon av enkelt personer i samfunnet” (Sosial og helsedirektoratet 2006, s. 18-19).*

ICF er bygd opp etter disse motstridende modellene. Når man kombinerer disse modellene får man en biopsykososial forståelse (Sosial og helsedirektoratet 2006). Den biopsykososiale modellen ble først beskrevet i en artikkel i ”Science” av psykiateren George Engel i 1977. Årsaken til artikkelen, ”The need for a new medical modell: a challenge for biomedicine”, var en pågående diskusjon om at psykiatrien befant seg i en krise. Engel mente ikke at bare psykiatrien befant seg i en krise, men også det medisinske fagfeltet. Årsaken til krisen mente han lå i den biomedisinske modellen (Engel 1977). Den biomedisinske modellen ble sett på som en vitenskapelig disiplin.

*”It assumes disease to be fully accounted for by deviations from the norm of measurable biological (somatic variables). It leaves no room within its framework for the social, psychological, and behavioral dimensions of illness” (Engel 1977, s. 130).*

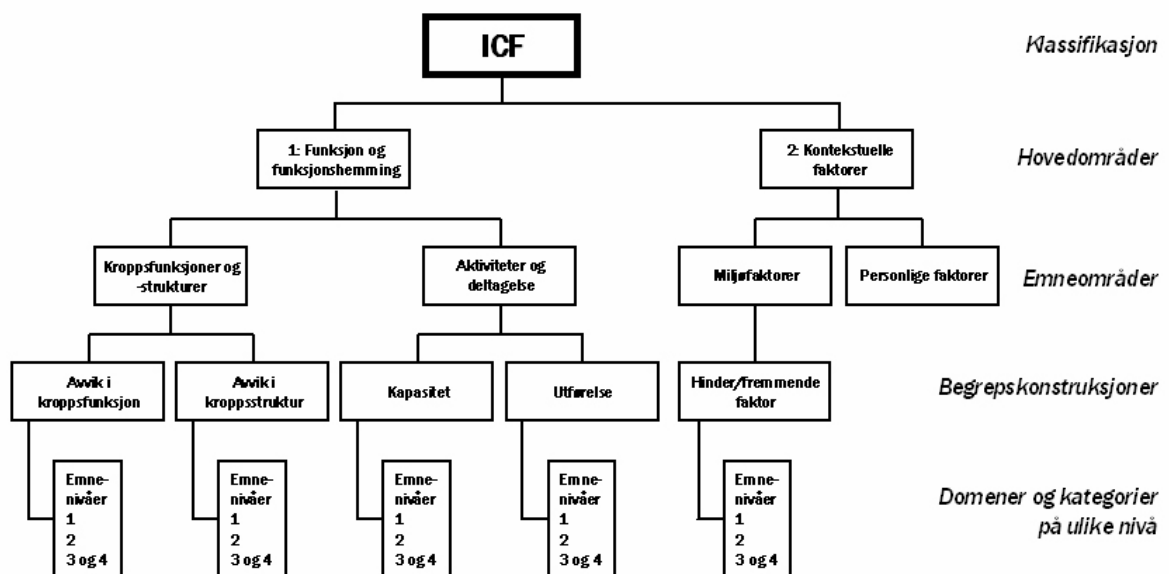
Engel mente det var nødvendig å utvide den medisinske modellen til også å omhandle pasienten, den sosiale konteksten vedkommende befant seg i og systemet i samfunnet hvor man tar seg av sykdommen (Engel 1977). Videre mente han at en sykdom ikke kunne sees avskilt fra individene og at en sykdom kunne oppfattes forskjellig fra person til person i forskjellige samfunn.

”... a biopsychosocial model would make it possible to explain why some individuals experience as “illness” conditions which others regard merely as “problems of living”, be they emotional reactions to life circumstances or somatic symptoms” (Engel 1977, s. 133).

Ved hjelp av den biopsykososiale modellen, er ICF et forsøk for å oppnå et sammenhengende grunnsyn på ulike perspektiver av helse; fra et biologisk, individorientert og samfunnsmessig perspektiv (Sosial og helsedirektoratet 2006).

## 2.2 Oppbyggingen av ICF`s begrepsapparat og kategorier

ICF er bygd opp hierarkisk med et begrepsapparat som kan illustreres ved hjelp av figur 1. Dette kan også settes i sammenheng med egenskapene ved klassifikasjonen.



Figur 1 ICF`s begrepsapparat (Sosial og helsedirektoratet 2006, s. 183).

I det følgende vil ICF`s virkelighet og ICF`s omfang bli gjort rede for med utgangspunkt i figur 1.



### 2.2.1 ICF`s virkelighet

Øverst i hierarkiet kan man finne 'ICF' som representerer klassifikasjonen. Med begrepsapparat som er presentert i figuren over, blir klassifikasjonen avgrenset, slik at den omhandler ICF`s virkelighet. Det som menes med klassifikasjonen i dette tilfellet, er hele ICF`s virkelighet. Med ICF`s virkelighet er det snakk om at man klassifiserer helsefaktorer, og disse faktorene er knyttet til menneskers helsetilstand og helserelevante faktorer (Sosial og helsedirektoratet 2006).

### 2.2.2 ICF`s omfang

En klassifikasjon må, i tillegg til et begrepsapparat som avgrenser dens virkelighet, også ha et avgrenset omfang i dens virkelighet. Neste ledd i figuren er hovedområdene 'funksjon og funksjonshemming' (helse) og 'kontekstuelle faktorer' (helserelevante domener), og er klassifikasjons omfang (Sosial og helsedirektoratet 2006). Under disse hovedområdene kan man se at neste ledd i hierarkiet er 'emneområder', deretter 'begrepskonstruksjoner' og nederst i figuren finner man 'domenene og kategoriene på ulike nivåer'. Emneområdene vil i det følgende bli gjort rede for under hvilket hovedområde de tilhører.

#### *Funksjon og funksjonshemming*

Under det første hovedområdet funksjon og funksjonshemming, finner man i figuren emneområdene kroppsfunksjon (b), kroppsstrukturer (s) og aktivitet og deltagelse (d). Kroppsfunksjoner blir forstått som organenes fysiologiske funksjoner, og kroppsstrukturer som de anatomiske delene av kroppen. Disse emneområdene er beregnet til samordnet bruk. Aktivitet er utførelse av oppgaver og handlinger, mens deltagelse er å engasjere seg i en livssituasjon. Til forskjell fra kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer, kan man "dele" opp dette emneområdet til å gjelde aktivitet og deltagelse samlet, eller hver for seg (Sosial og helsedirektoratet 2006).

---

### *Kontekstuelle faktorer*

De kontekstuelle faktorene utgjør en fullstendig bakgrunn for personens liv og livsutfoldelse. Miljøfaktorene (e) omhandler de sosiale, fysiske og holdningsmessige omgivelsene hvor personene eksisterer og utfolder sitt liv. I klassifikasjonen av miljøfaktorer, er det fokus på to forskjellige områder; det individuelle og det samfunnsmessige (Sosial og helsedirektoratet 2006). I begrepsapparatet for ICF (se figur 1), finner man at personlige faktorer også tilhører de kontekstuelle faktorene. På grunn av store sosiale og kulturelle variasjoner, klassifiseres ikke personlige faktorer i ICF (Sosial og helsedirektoratet 2006).

### **2.2.3 Modifikatorer i ICF**

Det nest siste leddet i hierarkiet er begrepskonstruksjonene, eller modifikatorer som de også kalles. For emneområdet kroppsfunksjoner (b) er begrepskonstruksjonen avvik i kroppsfunksjon, for kroppsstrukturer (s) er det avvik i kroppsstruktur. Neste begrepskonstruksjon, kapasitet og utførelse, er for emneområdet aktiviteter og deltagelse (d), og begrepskonstruksjonen for det siste emneområdet, miljøfaktorer (e) er hinder/fremmende faktor (se figur 1). Modifikatorer brukes for at en ICF-kode skal bli en fullstendig kode (Sosial og helsedirektoratet 2006). Kategorikoden gir bare informasjon om problemområdet det er fokus på, mens modifikatoren sier noe om problemets alvor i en graderingsskala. Modifikatorene kan sies å være et eget kodeverk, og hører ikke sammen med begrepshierarkiet i kategorikodene (KITH 2004). Et eksempel på en ICF-kode som tillegges en modifikator er dette:

Dersom man har en bruker med svært store språklige vansker, kan man tillegge en modifikator til for eksempel koden b16700 oppfatte talespråk (er en spesifisering av koden b167 mentale språkfunksjoner). En modifikator man kan bruke fra graderingsskalaen til kroppsfunksjoner er .3 stort funksjonsavvik<sup>3</sup>. Den komplette ICF-koden vil dermed se ut som dette: b16700.03 (stort avvik i å oppfatte talespråk).

---

<sup>3</sup> Et eksempel på modifikator-skala kan man finne på side 79.

## 2.2.4 Oppbyggingen av kategorier og domener

Det siste leddet i hierarkiet av begrepsapparatet til ICF (se figur 1), er domener og kategorier på ulike nivåer. Domener utgjør i klassifikasjonen de forskjellige underliggende nivåene i begrepshierarkiet under emneområdene. Disse skal være meningsfylte i den forstand at de samler sammenhørende fysiologiske funksjoner, anatomiske strukturer, handlinger eller andre livsområder, og de skal være praktiske. I kodeverket representerer domenene at kategorikodene tillegges modifikatorer (Sosial og helsedirektoratet 2006).

Kategorier utgjør klassifikasjonens enheter. Hver kategori inneholder en kode, en term og informative elementer, og de underordnede kategoriene er en spesialisering av de overordnede som er mer generelle (KITH 2004). Det vil si det er ulike nivåer og detaljeringsmuligheter i ICF. Dette gjelder ikke for alle kategorikodene i klassifikasjonen, men for enkelte.

Ut fra figur 2 (se nedenfor) kan man se at en kode helt til venstre, b167. Denne koden forteller oss at man kan finne koden under kroppsfunksjoner (b). Det første tallet etter bokstaven referer til hvilket kapittel man finner koden; kapittel b1, mentale funksjoner. I denne koden kan man også se at det er flere nivåer (detaljeringsmuligheter). Koden b167 er en firetegnskode, mens b1670 er en femtegnskode og er en detaljeringsnivå under b167. For koden b1670 er videre å mulig å gå nedover i hierarkiet slik at man kommer på det siste nivået; b16700 (seksstegnskode) (Sosial og helsedirektoratet 2006).

I figur 2 kan man også se at det står inklusive, avvik og eksklusive.

Inklusjonsmerknader er eksempler på hva kategorien (koden b167) inneholder, men den er ikke en uttømmende liste. Eksklusjonsmerknadene skal være en hjelp til å ikke forveksle kategoriene eller kodene. For eksempel, kategorikoden b167 må ikke forveksles med oppmerksomhetsfunksjoner som klassifiseres i b140. Avvik betyr tap eller signifikante forskjell fra statistiske normer vedrørende kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer (Sosial og helsedirektoratet 2006).

**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 Sansesfunksjoner og smerte, kapittel b3 Stemme- og talefunksjoner*

**b1670 Oppfatte språk**

Spesifikke mentale funksjoner for å tyde meldinger i talt, skrevet eller annen form, for eksempel tegnspråk, for å få tak i meningsinnholdet

**b16700 Oppfatte talespråk**

Mentale funksjoner for å tyde meldinger i talespråk, for å få tak i meningsinnholdet

**b16701 Oppfatte skriftspråk**

Mentale funksjoner for å tyde meldinger i skriftspråk, for å få tak i meningsinnholdet

**b16702 Oppfatte tegnspråk**

Mentale funksjoner for å tyde meldinger i tegnspråk, for å få tak i meningsinnholdet

**b16708 Oppfatte andre former for språk****b16709 Oppfatte uspesifiserte former for språk**

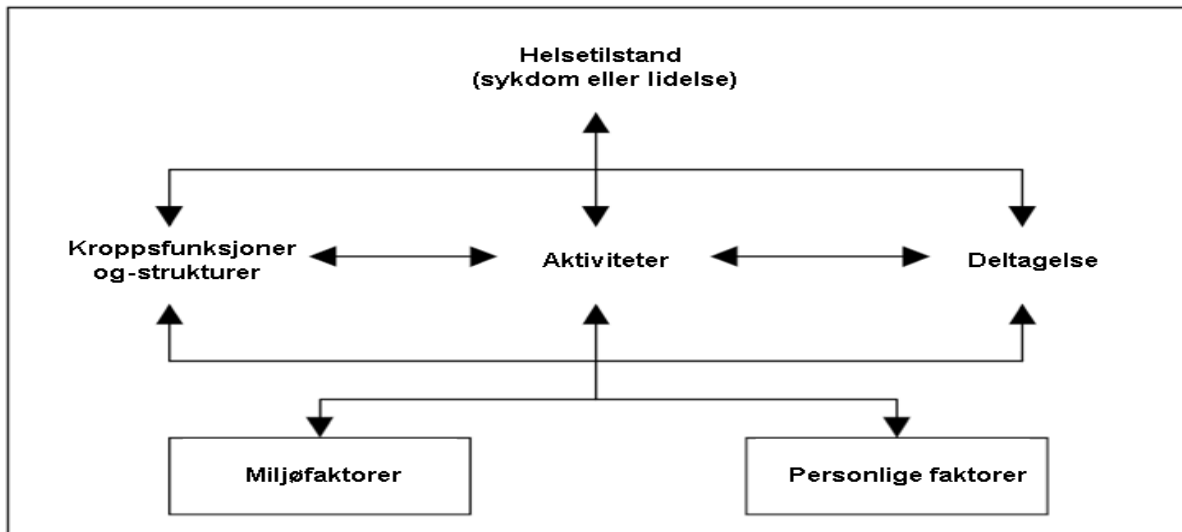
*Figur 2 Mentale språkfunksjoner (bildet er klippet ut fra ICF-browser)..*

Et verktøy som er laget for at det skal bli lettere å finne koder til det man arbeider med, er ICF browser. Dette er et søkeverktøy som kan lastes ned fra [www.kith.no](http://www.kith.no) sine sider. Ved hjelp av browser kan man få kapitteloversikt over hele ICF, man kan foreta fritekstsøk slik at man får opp alternativer til koder, og man kan finne brukerveiledning for browseren og diverse vedlegg som for eksempel retningslinjer for hvordan man skal ICF-kode.

## 2.3 Funksjon og funksjonshemming

Begrepsapparatet i ICF gjør det mulig å forstå funksjon og funksjonshemming på to måter. 1) Funksjon kan sees på som en samlebetegnelse til nøytrale sider av kroppsfunksjoner, aktivitet og deltagelse. 2) Avvik fra det som er mulig eller vanlig beskrives som funksjonshemming, for eksempel begrenset aktivitet og deltagelse. Funksjon og funksjonshemming kan, ved hjelp av figuren, illustrere en dynamisk interaksjon mellom kontekstuelle faktorer og helsetilstander (KITH 2004). Da dette er en vekselvirkning, kan et inngrep i en enhet forårsake endringer i en eller flere av de andre. De kontekstuelle faktorene (miljøfaktorer og personlige faktorer) påvirker

personer med en helsetilstand. I tillegg til dette avgjør de også nivået og omfanget av personens funksjon.



Figur 3 Vekselvirkninger i ICF's begrepsapparat (Sosial og helsedirektoratet 2006, s. 17).

## 2.4 ICF i Norge

I mai 2001 ble ICF godkjent av WHO, og det ble oppfordret at alle medlemsstatene skulle ta i bruk ICF i forskning, overvåkning og rapportering (Sosial og Helsedirektoratet & KITH 2004). KITH har oversatt ICF til norsk. ICF er fremdeles en ny klassifisering, og eksempler på noen som har tatt den i bruk i utredningsarbeid og rapportering er, Lade rehabiliteringssenter i Trondheim og Sunnaas sykehus avdeling Askim.

### 3. Logopediske fagområder

Fagområdene afasi, dysleksi og stemmevansker blir i dette kapittelet gjort rede for med vesentlige aspekter innen de forskjellige vanskene. Dysleksi, vil i denne oppgaven, omtales som både dysleksi og lese- og skrivevansker, dermed vil ikke termene presenteres som to separate begreper. Fagområdet stemmevansker vil bli presentert med enkelte diagnoser innen problematikken, for å belyse mangfoldet og vise variasjonene innen området.

#### 3.1 Afasi

Afasi blir ofte beskrevet som *”lyn som kommer fra klar himmel”* (Corneliussen m.fl. 2006 s. 13). Det er en hendelse som skjer brått og utventet, og som kan oppleves svært dramatisk både for den som rammes, men også for de pårørende. Afasi er ikke medfødt, men er en ervervet språkvanske etter en skade i hjernen. At det er en språkvanske innebærer at den afasirammede kan ha vansker med å finne ord, forstå det andre sier, snakke, lage setninger, lese høyt og skrive (Corneliussen m.fl. 2006). Dette innebærer en språksvikt innen en eller flere av de fire språklige modalitetene; evne til å uttrykke seg skriftlig og muntlig, evne til å forstå tale og lese (Corneliussen 2005). Corneliussen (2005) refererer til Coltheart når hun skriver at språket er delt opp i forskjellige områder, og en språkvanske kan komme til uttrykk som svikt i syntaktiske, leksikalske, semantiske, fonologiske, pragmatiske, morfologiske og ortografiske evner eller ferdigheter. Med andre ord, det betyr ikke at den afasirammede personen har mistet språket sitt, men det betyr at personen ikke har like god tilgang til det. Dette betyr i midlertidig ikke at vedkommendes evne til å tenke klart er skadet (Corneliussen m.fl. 2006). Afasi er noe den som er rammet må lære seg å leve med. En som er afasirammet, kommer alltid til å ha afasi med de karakteristiske kjennetegnene, men den som er rammet kan bli bedre underveis (Reinvang 1994).

Begrepet afasi kan bli delt i to komponenter. A betyr det ”som mangler” og phasia betyr ”tale”. Direkte oversatt blir dette ”stumhet”, og dette passer ikke helt for de afasirammede. Likevel er dette den internasjonale betegnelsen som blir brukt (Reinvang 1994)

Hos de fleste høyrehendte voksne ligger språksenteret i venstre hjernehalvdel (Finset & Krogstad 2002). Chapey & Hallowell (2001) deler afasi inn i to hovedgrupper: de med flytende talepreg og de med ikke-flytende talepreg. Disse hovedgruppene er knyttet til lokaliseringen i venstre hjernehalvdel; Wernicke som ligger bak og blir forbundet med flytende talepreg, og Broca som ligger i fremre delen av hjernehalvdelen og knyttet til ikke-flytende talepreg. Corneliussen m.fl. (2006) legger til enda en form for afasi, global afasi.

For enkelte mennesker som rammes av afasi, kan et tiltak for den afasirammede være å kontakte afasiforbundet i Norge. Afasiforbundet i Norge er en interesseorganisasjon for både den som rammes av en språkvanske som afasi, og de pårørende. Med løpende kontakt med sentrale myndigheter og organer, er oppgaven til forbundet å fremme forslag som kan bedre situasjonen til mennesker med afasi. Medlemmene av afasiforbundet er både de afasirammede, de pårørende, fagfolk og andre interesserte, og forbundet har 36 lokale foreninger fordelt rundt hele landet. Foreningene skal tilby sosiale aktiviteter, holde kurs og samtalegrupper, samt drive besøkstjeneste og opplysningsarbeid (Afasiforbundet 2008).

### **3.1.1 Tilleggsvansker**

En vanlig tilleggsvanske for mennesker med afasi, er lammelser i høyre delen av kroppen. Dette er på grunn at hos de fleste høyrehendte voksne, ligger språksenteret i venstre hjernehalvdel. Når man får en skade i venstre hjernehalvdel, skjer det en krysning slik at den høyre delen av kroppen blir påvirket av skaden i hjernen. En annen tilleggsvanske er dysartri. Det vil si at den afasirammede personen har vansker med talen og ikke selve språket på grunn av nedsatt muskelfunksjon i taleapparatet. Tilleggsvansken apraksi gjør det vanskelig for den som er rammet å utføre viljestyrte

---

handlinger. Det kan for eksempel være å rekke tunge eller andre grimaser. Synsvansker og bortfall av synet kan også forekomme (Corneliussen m.fl. 2006). Vansker med svelget, dysfagi, er også en tilleggsvanke man finner hos enkelte med afasi (Andreassen m.fl. 2004). En følge av skade i hjernen kan påvirke det mentale og følelsesmessige hos et afasirammet menneske. Det er også viktig å være oppmerksom på at hørselstap ikke er knyttet til afasi (Corneliussen m.fl. 2006).

### 3.1.2 Årsaker og forekomst av afasi

Hjerneslag etter blødning i hjernen eller blodpropp er den mest vanlige årsaken til afasi (Chapey & Hallowell 2001, Corneliussen m.fl. 2006). Andre årsaker er hjernesvulst, ytre hodeskader eller andre sykdommer som kan forekomme i hjernen. Det regnes med at 6-7000 mennesker, i Norge, får afasi hvert år (Corneliussen m.fl. 2006), og det kan ramme både barn og voksne (Reinvang 1994).

### 3.1.3 Definisjoner

Det finnes flere definisjoner på hva afasi er. Reinvang (1994) skriver at det er en språkdefekt etter hjerneskade, hvor den rammede har gått gjennom normal språklig utvikling før skaden. Afasi blir også definert så enkelt som en språk- og kommunikasjonsvanke (Corneliussen m.fl. 2006). For enkelte faggrupper kan dette bli en for snever definisjon, dermed kan man utvide definisjonen slik Brookshire og Goodglass gjør:

*”... aphasia is an acquired communication disorder caused by brain damage, characterized by an impairment of language modalities: speaking, listening, reading and writing; it is not the result of a sensory deficit, a general intellectual deficit or a psychiatric disorder” (Chapey & Hallowell 2001, s.3).*

Denne definisjonen tar ikke bare for seg vanskene som kan forekomme med afasi, men også årsaken til afasi. I tillegg blir det også nevnt hva afasi ikke er, som for eksempel at det ikke er relatert til manglende intelligens eller vansker på dette området. Chapeys egen definisjon på afasi er:



*“It is characterized by reduction in or an impaired ability to access language content or meaning, language form or structure, language use or function...” (Murray & Chapey 2001, s. 55).*

Felles for disse definisjonene er at afasi først og fremst blir definert som en språkvanske. Bare to av definisjonene sier noe om at afasi også dreier seg om en kommunikasjonsvanske. I denne oppgaven vil definisjonen til Brookshire og Goodglass, som Chapey & Hallowell (2001) refererer til, være relevant, da den sier noe om årsaken til afasi, hvilke utslag skaden kan føre til og hva afasi ikke er. Dette viser også til vesentlige aspekter innen området.

### **3.1.4 Ulike former for afasi**

Under punkt 3.1 ble ulike former afasi nevnt. I det følgende vil de ulike formene bli nærmere presentert. Inndelingen viser de ulike aspektene ved afasi og hvordan afasi kan utarte seg. Inndelingen er ikke absolutt, og er heller ikke en internasjonal deling av vanskene.

#### *Brocas afasi*

Mennesker som får en skade i fremre del av venstre hjernehalvdel, området i panneregionen, får skader i Brocas område. Her ligger senteret for tale (Finset & Krogstad 2002) og det blir også beskrevet som essensielt for aktiveringen av de artikulatoriske bevegelsene når man skal si et ord (Reinvang 1994). Typiske kjennetegn for Brocas afasi er ikke-flytende talepreg. Det vil si at taletempoet er langsomt og har dårlig flyt. Den afasirammede har vansker med å finne ordene og uttale de, setningene blir ofte korte og småord som preposisjoner og pronomen blir ofte helt utelatt; telegramstil (Corneliussen m.fl. 2006). Reinvang (1997) mener at taleapraksi er en vanlig tilleggsvanske for mennesker med Brocas afasi. Det vil si at artikulasjonen er anstrengt, ofte med grimaser, og en del ord blir delvis forvansket. Lydene blir ofte forvekslet; konsonantene forveksles oftere enn vokalene, og særlig problematisk er konsonantene i begynnelsen av ord. En person med denne typen afasi har ofte det auditive minnet intakt og mange med Brocas afasi kan lese, men evnen til

---

å skrive er ofte skadet. Den afasirammede er vanligvis klar over kommunikasjonsvanskene og er mer utsatt for depresjoner (Chapey & Hallowell 2001).

### *Wernickes afasi*

Dersom man får en hjerneskade i venstre bakre hjernehalvdel, kan man få det som kalles Wernickes afasi (Finset & Krogstad 2002). I dette området ligger senteret for språkforståelse. Personer som rammes av Wernickes afasi har ofte vanskeligheter med å oppfatte det som blir sagt, og ordene kommer som en flytende strøm. Det er i midlertidig lite innhold og mening i det som blir sagt (Corneliussen m.fl. 2006). Mennesker med Wernickes afasi er ofte ikke klar over eller oppmerksomme på vanskene de har; manglende innsikt i egne vansker (Chapey & Hallowell 2001). Ofte blir vedkommende misforstått av andre på grunn av vanskene de har, og fordi de ikke oppfyller samfunnets krav på grunn av at vanskene ikke er ”synlige” nok (Marshall 2001).

### *Global afasi*

Enkelte ganger kan skaden i hjernen bli så stor at den rammer både Wernickes og Brocas område i hjernen (Corneliussen m.fl. 2006). Det kalles ofte global afasi og er ”... *characterized by impaired linguistic comprehension and expression*” (Chapey & Hallowell 2001, s. 7). På grunn av de store skadene i hjernen får den afasirammede et sterkt redusert språk og store vansker med å både uttrykke seg og å forstå, samt lese- og skriveferdighetene. Enkelte vil kunne si enkle ord og fraser, noen gjentar de samme ordene, mens andre bruker banneord ufrivillig, både når de skal svare og når de prøver å uttrykke seg (Corneliussen m.fl. 2006).

## **3.1.5 Afasi - Bredtvet kompetansesenter sine oppgaver**

Bredtvet kompetansesenter sine oppgaver innen afasi, er å drive rådgivning, veiledning til pårørende og fagpersoner lokalt, og tiltaksrettet utredning. Senteret skal også utvikle og tilrettelegge kartleggingsmateriell og undervisningsmateriell. I tillegg

skal det også holdes kurs for personer med afasi, afasi-treff. Brukerne blir henvist fra PPT, men voksenopplæringen og helsetjenesten kan også søke om bistand. I tillegg til dette skal senteret også bidra med kompetanseutvikling og kunnskapsspredning (Bredtvet kompetansesenter 2008b).

### *Tester og kartleggingsmateriell*

Tester og kartleggingsmateriell som benyttes på Bredtvet er blant annet PYPAT, PALPA, VOST, og VASAS. Disse testene vil i det følgende bli gjort rede for i korte trekk. Den første testen, PYPAT, pyramide- og palmetesten, er en semantisk test, det vil si at man ved denne testen kan man undersøke tilgangen til den semantiske kunnskapen. Med semantisk kunnskap mener man her at den afasirammede kan forstå ord betydning (Bredtvet kompetansesenter 2005a). PALPA, psycholinguistic assessment of language processing in aphasia, er en test hvor man har muligheten til å måle prosesseringen innen språk. Testen er delt oppi fire ulike seksjoner; auditiv prosessering, lesing og rettskriving, undersøke den semantiske tilgangen ved hjelp av ord og bilder, og setnings prosessering. Ved hjelp av PALPA kan logopeden på en systematisk måte se hvilke komponenter som er "skadet" og hvilke som er relativt bevart (Kay & Terry 2004).

Ved hjelp av VOST, verb- og setningstesten, kan logopeden kartlegge om brukeren har vansker med å produsere og forstå verb og setninger (Bredtvet kompetansesenter 2006b). VASAS, visuell analog selvaktelsesskala, er et kartleggingsmateriell som kan benyttes som et redskap for å kartlegge følelsene til de afasirammede på ulike stadier i rehabiliteringen. Ved hjelp av dette materialet, kan man gi uttrykk for hvordan man har det eller ser på seg selv (Bredtvet kompetansesenter 2005b). Enkelte av disse testene vil bli satt i sammenheng med ICF i kapittel 6.

## 3.2 Dysleksi

Ordet dysleksi betyr dys = vansker, lexia = ord, altså vansker med ord (Høien & Lundberg 1997). Det betyr ikke at mennesker med dysleksi er dumme, late, mangler

---

interesse for lesing og skriving eller har hørsels- eller synsvansker (Elvemo 2002). Det er snakk om mennesker som har vansker med den fonologiske analysen av de talte ordene (Frost 2003), og dysleksi blir sett på som et språklig problem (Elvemo 2002). Sagt på en annen måte, det karakteristiske for mennesker med dysleksi, er at de strever med avkodingen og rettskrivingen (Høien & Lundberg 1997). Vanskene kan man ofte registrere på spesielt tre områder: fonologisk prosessering, verbal korttidshukommelse og benevning (Frost 2001).

Når man snakker om det fonologiske systemet og vansker på dette planet, mener man gjerne vansker med å segmentere ord i fonemer, å gjenta, å lese og skrive lange nonord, langsomt tale tempo, holde fast språklig materiale i korttidsminnet, og raskt sette navn på farger, tall og bilder (Høien & Lundberg 1997).

Et spørsmål som ofte dukker opp i sammenheng med dysleksi, er matematikkvansker. Lyster (lesedato 2008) skriver at svært ofte opptrer matematikkvansker sammen med dysleksi. På dysleksisiden (lesedato 2008) blir det skrevet at det ikke er en klar sammenheng mellom dysleksi og matematikkvansker da enkelte mennesker med dysleksi er god i matematikk, mens andre sliter med faget. At enkelte ikke er så god i matematikk, kan henge sammen med hvordan matematikkoppgavene er presentert; oppgaver med mye tekst er vanskelig å løse for de som har lesevansker (Dysleksisiden 2008).

Et viktig tiltak for mennesker med dysleksi er bruk av teknologisk utstyr. Dette kan være alt fra programvarer til pc'en, som for eksempel stavekontroll/retteprogram, tekst-til-talesyntese, prediksjonsprogramvarer, til Daisy-bøker og skanner-penn eller "lesepen" som de også kalles (Utgård 2006a, Utgård 2006b).

Dysleksi deles ofte inn i ulike undergrupper; auditiv, visuell, audio – visuell, emosjonell, pedagogisk dysleksi og en gruppe med diverse språklig vansker relatert til dysleksi (Høien & Lundberg 1997, Elvemo 2002). Denne inndelingen av dysleksi blir ikke nærmere presentert i denne oppgaven.

### 3.2.1 Symptomer på lese- og skrivevansker

En av de første vanskene man oppdager hos mennesker med dysleksi er vanskene med å lære seg bokstavene og lydene, og kommer gjerne til uttrykk både i lesningen og skrivingen (Elvemo 2002). For eksempel forveksling mellom bokstaver som ligner på hverandre formlig sett; m-n, b-d-p eller lyder som høres like ut; k-g, t-d. Som regel kommer disse vanskene til uttrykk i både lesing og rettskriving, men oftere i rettskriving da det er en gjenkallingsprosess som ofte sees på som vanskeligere enn lesing (Elvemo 2002).

Hos mennesker med dysleksi vil man etter hvert kunne se at de strever med å dele opp ord i mindre enheter. De er ikke språklig oppmerksomme på dette området og dermed blir mulighetene til å binde lyd sammen til hele ord, minimale. F-a-r blir ikke far, men noe som er uforståelig. Videre vil vansker med å lese hele ordbilder oppstå, og vansker med dobbel konsonanter eller vokaler (diftonger). Ofte er skrivestilen preget av lydrett skriving, for eksempel blir jeg skrevet jæi. Det er også vanlig at lesningen foregår i et langsomt tempo og en blanding av bokstavering, helordslesning og lydering (Elvemo 2002).

### 3.2.2 Faktorer som påvirker lese- og skriveutviklingen

Elvemo (2002) påpeker flere ulike faktorer som kan påvirke lese- og skriveutviklingen, deriblant syn, hørsel, motivasjon, emosjoner, selvbilde, tale- og språkvansker. Disse faktorene kan være relevante aspekter for å forstå hva dysleksi er.

#### *Syn og hørsel*

Dysleksi er ikke syn- og hørselsvansker, men kan påvirke utviklingen i negativ retning. Vanskene med synet kan føre til mindre leseutholdenhet og leseeffektivitet og forstyrrer og belaster leseprosessen. Hørselsskader på ett øre kan påvirke innlæringen i for eksempel lesing (Elvemo 2002).

---

### *Motivasjon, emosjoner og selvbilde*

Det er ingen tvil blant forskere at emosjonelle forstyrrelser er en medvirkende årsak til lese- og skrivevanske (Elvemo 2002). Elvemo (2002) sine egne erfaringer er at barn og unge med lese- og skrivevansker har dårlig selvbilde som et resultat av at de ikke mestrer lesing og skriving. De blir også sett på som dumme av sine medelever. Dette påvirker barn og unges selvbilde.

### *Språkvansker og dysleksi*

Fra forskning vises det en sammenheng mellom tale- og språkavvik og lese- og skrivevansker (Elvemo 2002). Barn med tydelige språkvansker har også de samme vanskene med fonologien som mennesker med dysleksi, men barn med språkvansker har i tillegg andre språklige vansker (Snowling 1996). Bevissthet om språklyder viser seg å være viktig i lesningens fremgang. Med andre ord, det å kunne rime, skille nærbeslektede lyder fra hverandre og dele opp ord i enkelte lydbestanddelere og sette stavelser og lyd til ord (Elvemo 2002).

### **3.2.3 Forekomst og årsaker**

Forskning om lesing og skriving i Norge viser at nesten 20 % av Norges befolkning har lese- og skrivevansker (Elvemo 2002). Hvorfor utvikler enkelte lese- og skrivevansker?

Kravene til leseferdighetene i vår tid er større de var for 20 – 30 år siden. For å nevne noen endringer i kravene om lesing og skriving, blir det i dag brukt sms, e-mail, internett og datamaskiner. Dette gjør at noen mennesker kommer til kort (Elvemo 2002). En annen årsak til lese- og skrivevansker, er vektleggingen av synet, at det som oppleves skal sees og ikke høres som var vanlig tidligere. Forskning viser at det viktigste grunnlaget for god leseferdighet er hørselens evne til å skille språklydene fra hverandre (Elvemo 2002). Hørselen har stor betydning for dannelse av fonologiske representasjoner av ord og tilegnelse av tale. Et annet moment for å finne årsaker til dysleksi, er sosiologiske forhold og oppdragelse på bakgrunn av sosiale klasser (Frost

2001). Det legges også vekt på lærerens måter å lære barn og unge å lese og skrive, samt foreldrenes involvering (Elvemo 2002). Forskning viser videre at arv også kan være en medvirkende årsak til dysleksi; dårlige lese- og skriveferdigheter går igjen i familien (Snowling 1996).

### 3.2.4 Definisjoner på dysleksi

Den første definisjonen på dysleksi er bearbeidet av Gjessing og blir sitert av Elvemo (2002):

*”Med dysleksi menes skriftspråklige vansker som vi ikke med rimelighet kan anta skyldes svikt på det generelt evnemessige, sansemessige eller motoriske området. I de aller fleste tilfeller vil heller ikke emosjonelle problemer kunne være en primær årsak til vanskene” (s. 14).*

Denne definisjonen har vært benyttet i Norge de siste tiårene, og blir fremdeles sett på som dekkende i forhold til beskrivelsen av dysleksi. Definisjonen er nokså lik den internasjonale leseassosiasjonens (IRA) sin, og er den definisjonen som er gjeldende i dag (Elvemo 2002). En annen definisjon på dysleksi er:

*”Dysleksi er en vedvarende forstyrrelse i kodingen av skriftspråket, forårsaket av en svikt i det fonologiske systemet (Høyen & Lundberg 1997, s. 24).*

Med denne definisjonen legger man vekt på vanskene med ordavkodingen og rettskrivingen er et resultat av svikten i det fonologiske systemet. Skriftspråket omfatter både lesing og skriving.

*”Lesing er en språklig prosess som er knyttet til visuelle symboler hvor målet er å forstå en tekst gjennom mangesidig bruk av ulike lesemåter. Forståelsen og vekslingen mellom ulike lesemåter bestemmes av leserens ferdighet i avkoding, av formålet med lesningen, av forforståelse og forventninger, av hvor vanskelig teksten er bygd opp, av hvordan teksten er bundet sammen, av leserens kunnskaper, erfaringer, følelser og interesser” (Elvemo 2002, s. 13).*

Definisjonen til Elvemo (2002) er vid og omfatter de fleste sidene av leseprosessen.

Disse definisjonene som er presentert sier ikke noe om intelligens. I mange beskrivelser av dysleksi, er intelligens et viktig prinsipp. Med dette menes at

---

forholdet mellom intelligenskvotienten ikke samsvarer med forventet lese- og skriveferdigheter. Dette betyr at mennesker med dysleksi har enten normal, eller høy intelligens (Elvemo 2002). Hvilken definisjon som belyser vansken best til dette formålet, er Elvemo sin definisjon som er både vid og omfatter mange sider av leseprosessen.

### 3.2.5 Typiske kjennetegn ved dysleksi

Som nevnt tidligere, karakteristiske trekk ved dysleksi er vansker med avkoding og rettskriving. I det følgende vil disse karakteristiske trekkene blir nærmere omtalt.

#### *Avkoding*

I lesing er det vanlig å skille mellom avkoding og forståelse, og det primære vanskeområdet ved dysleksi er avkodingsprosessen. Det som menes med avkoding er den tekniske siden ved lesingen; det gjør leseren i stand til å gjenkjenne ordene som er skrevet. På denne måten får leseren tilgang til ordenes mening og hvordan de uttales. Avkodingsprosessen er at man må utnytte skriftspråkets prinsipper eller kode for å komme frem til det skrevne ordet. Den automatiserte ordgjenkjenningprosessen karakteriserer en god leser (Høien & Lundberg 1997). Dermed kan man kalle lesing en gjenkjenningssprosess (Elvemo 2002).

Leseforståelse er høyere kognitive prosesser som gjør det mulig for leseren å hente mening ut av teksten, reflektere over den og trekke slutninger. For barn og unge som har forståelsesvansker i tillegg til dysleksi, kan man tolke dette som en sekundær vanske; det er resultat av den dårlige ordavkodingen (Høien & Lundberg 1997).

*”God leseforståelse er avhengig av at både ordavkodingen og forståelsen fungerer godt”* (Høien & Lundberg 1997, s. 41-42). Disse komponentene skal til sammen utgjøre leseferdighetene. Vansker det ene området, kan føre til vansker på det andre (Høien & Lundberg 1997).



### *Rettskriving*

Skriveprosessen handler ikke bare om å skrive riktig, men det handler også om å være forfatter slik at man kan skrive setninger, avsnitt og tekster. Gjennom ord og setninger skal den som skriver kunne uttrykke sine tanker og ideer (Høien & Lundberg 1997). Dersom ikke skrivingen blir automatisert, blir det å skrive en stor anstrengelse for vedkommende. Stavingen for en med dysleksi går langsomt og krampeaktig, og personen må hele tiden tenke etter hvordan ordene staves. Som et resultat av dette mister man tempo og meningen med det man ønsker å uttrykke (Høien & Lundberg 1997). Skriving blir ofte sett på som en gjenkallingsprosess som er vanskeligere enn en gjenkjenningssprosess (Elvemo 2002).

### **3.2.6 Bredtvet`s oppgaver innen dysleksi**

Senteret skal drive tjenester som tiltaksrettet utredning, rådgivning og veiledning til brukere, foreldre og fagfolk, samt gi systemrettede tiltak med utgangspunkt i brukeren i et samarbeid med fagpersoner lokalt. Brukere med dysleksi henvises fra PPT. Bredtvet kompetansesenter skal også ha oppfølging av tilmeldte barn, unge og voksne, og gi konsultasjoner av fagfolk i grupper i forhold til saker som er henvist. Senteret skal også drive med kompetanseutvikling og kunnskapsspredning (Bredtvet kompetansesenter 2008b).

### *Tester og kartleggingsmateriell*

Det finnes en rekke tester og kartleggingsmateriell som kan benyttes på mennesker med dysleksi. Informantene som representerer dysleksi i denne sammenheng, nevnte noen tester som er vanlig å benytte på mennesker med dysleksi. Noen av disse testene vil bli kort presentert.

WISC, Wechsler Intelligence scale for children, er en intelligens test for barn og ungdom hvor man tar sikte på å måle kognitive evner. Ved hjelp av testen kan man få et bilde av hva som kan forventes av den som testes, for eksempel om lesevanskene er spesifikke eller generelle. Prøven er ikke en lesediagnostisk test, og enkelte vil

---

skåre lavere enn forventet på enkelte oppgaver på grunn av lesevanskene (Bjaalid & Skaathun 2001). WISC-III er utarbeidet for barn og unge i alderen 6-16 år. En annen test som heller ikke er en lesetest, er ITPA, The Illinois test of Psycholinguistic Abilities. Dette er en språktest som brukes på barn i alderen 4-10 år, og hensikten er å kartlegge og vurdere spesifikke kognitive evner hos barn, med tanke på språk- og lærevansker (Bjaalid & Skaathun 2001).

SL40 og SL60 er setningsleseprøver som er utarbeidet av Dansk Psykologisk Forlag og er blitt standardisert til norsk. Forskjellen på prøvene er at SL60 har 60 oppgaver, mens SL40 har 40 forskjellige oppgaver. Ved å benytte disse prøvene, får man muligheter til å kartlegge avkodingen og leseforståelse, samt skaffe informasjon om lesenivå og leseutvikling. Hensikten med setningsleseprøvene er å kunne si noe om elevens leseferdighet for videre å kunne planlegge tiltak (Molander 2003).

Arbeidsprøven er utarbeidet ved Bredtvet kompetansesenter og er et dynamisk kartleggingsmaterieell hvor man undersøker muntlig og skriftlig språk på forskjellige nivåer. Det første man finner ved å bruke Arbeidsprøven er elevens mestringsnivå. Man vil ikke få et uttømmende bilde av språkferdighetene til barn med denne kartleggingen, men man vil derimot oppdage barn som har vansker med språkets ulike sider (Duna, Frost & Monsrud 2003).

Ved hjelp av den PC-baserte diagnostiske testen LOGOS, kan man kartlegge elevens leseforståelse, lytteforståelse, begrepsforståelse, leseflyt, avkodingsferdigheter og deler av avkodingsstrategiene. Testen er utviklet av professor Torleiv Høien, og er beregnet for trinn 3-5 og 6-10 inkludert voksne. Testen skal være en hjelp til å kunne stille en mer nøyaktig diagnose på lesevanskene (Logometrica 2008).

### 3.3 Stemmevansker

I dette avsnittet vil stemmevansker bli gjort rede for med tanke på karakteristiske trekk og ulike diagnoser. På grunn av oppgavens omfang og formålet med oppgaven,

vil det ikke bli gjort rede for strupens anatomi. Deler av anatomien vil i korte trekk, bli nevnt under redegjørelsen for hvordan man lager lyd.

For å kunne gjøre rede for hva stemmevansker er, vil det være naturlig å spørre seg: hva er en normal stemme? Å definere hva som er en normal stemme er svært problematisk med tanke på ulike språkkomponenter, som for eksempel forskjeller på stemmene, og strupens anatomi. Likevel er det flere kriterier som karakteriserer hva som er en normal stemme. Deriblant fravær av støy i stemmen, stemmeleie må ligge på et nivå som er adekvat for alder og kjønn, riktig styrke på stemmen og variasjoner i stemmestyrke (Aronson 1980).

En stemmevanske kan forårsakes av en skade eller en sykdom, eller ved feilbruk / misbruk av stemmen over lengre tid (Boone & McFarlane 1994). Psykisk stress er også en faktor som kan virke inn på stemmen, i tillegg til miljøfaktorer som for eksempel luftkvalitet og en hektisk og stemmekrevende hverdag (Bredtvet kompetansesenter 2008a). De vanligste symptomene på stemmevansker er heshet, ubehag i stemmen som for eksempel ved å snakke over lengre tid, redusert fonasjonstid, redusert toneregister, afoni, tremor og brudd i stemmeleie (Colton, Casper & Leonard 2006).

Det er vanlig å dele stemmevansker inn i to hovedgrupper; funksjonelle- (psykogene) og organiske stemmevansker (Aronson 1980, Bredtvet kompetansesenter 2008a). Denne inndelingen av stemmevansker kan gjøre det lettere å forstå problematikken og skille vanskene fra hverandre, samt at gruppene viser til hva vansken er forårsaket av. Inndelingen av funksjonelle- og organiske stemmevansker er imidlertid ikke absolutt (Bredtvet kompetansesenter 2008a). Inndelingen av stemmevanskene vil bli nærmere presentert etter en kort redegjørelse av hvordan lyden lages og en definisjon på stemmevansker.

### 3.3.1 Hvordan lages lyden?

Hvordan lyden lages et komplekst og helhetlig system, hvor blant annet muskler, brysk og respirasjonsfunksjonene skal virke sammen. Forenklet kan man si at stemmen dannes i strupen (larynx), som har to primære funksjoner: den er gjennomgangsledd for pusten, i tillegg til at den tjener som stemmeorgan (Rørbech 1998). Lyd lages når luft fra lungene presses mot strupehodet og setter stemmeleppene i vibrasjoner (fonasjon). I svelget og munnhulen, og noen ganger nesehulrommet, omformes lydbølgene på grunn av den resonansen som dannes, slik at lydbølgene kommer ut som språklyder (Lindblad 1992). Stemmeleppene er forskjellige hos menn og kvinner. De er ca 1 – 1,5 cm lange hos kvinner og ca 2 cm hos menn (Lindblad 1992).

Man deler taleapparatet i tre: lungene og pustemuskulaturen, strupen, og artikulasjonsapparatet. Artikulasjonsapparatet er viktig i forhold til å produsere språklyder. I forhold til stemmen er strupen og pusteapparatet (lungene og abdominalmuskulaturen) det viktigste. Pusteapparatet skaper et trykk under stemmeleppene (det subglottale trykk) som gjør at stemmeleppene vibrerer og det dannes lyd (Lindblad 1992).

### 3.3.2 Definisjon

En definisjon som ofte brukes for stemmevansker er:

*”A voice disorder exists when quality, pitch, loudness, or flexibility differs from the voices of others of similar age, sex, and cultural group”  
(Aronson 1980, s. 7).*

Stemmekvaliteten går blant annet ut på om stemmen er hes eller luftfylt, om den høres presset ut eller om det er noe støy på stemmen (Boone & McFarlane 1994). Stemmeleie (pitch) omhandler hvorvidt stemmen ligger på en tonehøyde som er hensiktsmessig, slik at stemmen ikke blir for lys eller mørk (Boone & McFarland 1994). Intensiteten, eller hvor sterk eller svak stemmen er (loudness), kan også påvirke stemmen (Boone & McFarland 1994). Dette henger sammen med styrken på

det subglottale trykket (Aronson 1980). På grunn av individuelle forskjeller er det ikke et optimalt nivå for intensiteten på stemmen (Boone & McFarland 1994).

Fleksibiliteten i en stemme handler om stemmeleie, intensitet og kvalitet, og hvordan man kan, ved hjelp av disse funksjonene, bruke de for å uttrykke meninger og utheve noe man spesielt er opptatt av i tale; hvordan man bruker talen i ulike kontekster (Aronson 1980).

### **3.3.3 Funksjonelle stemmevansker**

Den mest vanlige formen for stemmevansker, er de funksjonelle vanskene (Boone & McFarlane 1994), og utgjør 60 – 70 % av alle henvisningene til Bredtvet.

Stemmevanskene vil variere fra person til person, og vansken kan enten komme brått eller utvikle seg over lengre tid (Bredtvet kompetansesenter 2008a). Årsaker til funksjonelle stemmevansker er feilbruk / misbruk av stemmen over lengre tid (Boone & McFarlane 1994), samt stress og ulike miljøfaktorer (Bredtvet kompetansesenter 2008a). Aronson (1980) bruker termen *psychogenic voice disorder* og definerer det på denne måten:

*“Psychogenic voice disorders include disorders of quality, pitch, loudness, and flexibility caused by psychoneuroses, personality disorders, or faulty habits of voice usage. The voice is abnormal despite normal laryngeal anatomy and physiology.” (s. 11).*

Ved hjelp av denne definisjonen kan man lettere forstå hva funksjonelle stemmevansker er, og hvordan de oppstår. Definisjonen sier oss også noe om hvorvidt vanskene er relatert til organiske forandringer i strupen; ved funksjonelle stemmevansker er det ikke organiske forandringer.

#### *Fonasteni*

Fonasteni, også kjent som stemmetretthet, oppstår dersom man bruker stemmen feil eller uhensiktsmessig over lengre tid. Dette kan være for eksempel at man overdriver muskelaktiviteten i strup eller svelg, som fører til ubehag, smerter eller tretthet.

Begrepet fonasteni betyr fon = lyd, asteni = svakhet (Bredtvet kompetansesenter

---

2006a). Aronson (1980) mener at musklene i strupen er svært sensitive, og stress og andre emosjonelle forhold kan påvirke hvordan man bruker stemmen. Brukeren kan selv kjenne ubehag eller smerter i strupen når vedkommende må bruke stemmen, og enkelte kan også ha vansker med å svelge. Ved undersøkelse hos øre-nese-halslegen, vil man kunne se at stemmeleppene ser fine ut (Aronson 1980).

### *Afoni*

Afoni er også en stemmevanske som tilhører gruppen funksjonelle stemmevansker. Det typiske trekket ved afoni er en hviskende stemme (Boone & McFarlane 1994), med andre ord, stemmeleppene legger seg ikke inntil hverandre og vibrerer. Vanlige årsaker til afoni er psykososiale forhold deriblant stress, psykisk traume, fortrengete følelser og muskulære spenninger (Bredtvet kompetansesenter 2006a).

### *Fistelstemme*

Fistelstemme, også kjent som falsettstemme, er en stemmevanske primært sett hos gutter, og oppstår i forbindelse med stemmeskiftet (Bredtvet kompetansesenter 2006a). Personer med fistelstemme har lysere stemmeleie enn aldersforventet, til tross for at de anatomiske forholdene i strupen ligger til rette for å utvikle en dypere stemme (Colton, Casper & Leonard 2006). Fistelstemmen ligger på det lyseste registeret i stemmen (Boone & McFarlane 1994), og stemmen er ofte ustabil og preges av registerbrudd, det vil si at stemmen knekker mellom lyst og mørkt stemmeleie. Man er fremdeles usikker på årsaken til at enkelte får fistelstemme, men psykososiale forhold synes også å medvirke til denne stemmevansken (Bredtvet kompetansesenter 2006a).

### *Stemmebåndsknuter*

Stemmebåndsknuter oppstår ved gjentakende misbruk av strupen og feilbruk av stemmen, og forekommer hos både barn og voksne (Boone & McFarlane 1994). Dette kan føre til at det dannes hevelser på stemmebåndene, og knutene varierer i størrelser. De er godartede vevsreaksjoner og ligger symmetrisk overfor hverandre

(Bredtvet kompetansesenter 2006a). Årsakene kan være skriking og hyling som gjør at stemmebåndene presses hardt mot hverandre (hardt subglottalt trykk), hosting og kremting, eller at man må snakke høyt i bråkete omgivelser (Boone & McFarlane 1994). Hevelsene gjør at stemmeleppene ikke lukkes helt, slik at luft lekker ut, og stemmen blir hes og luftfylt. Av barn er det flest gutter som får stemmebåndsknuter, mens det av voksne er flest kvinner (Bredtvet kompetansesenter 2006a).

### **3.3.4 Organiske stemmevansker**

Det som skiller de organiske stemmevanskene fra de funksjonelle, er at ved organiske vansker kan man se forandringer på stemmebåndene eller slimhinnene i strupen. I tillegg til forandringer i strupen, regnes nevrologisk betingede skader også som organiske stemmevansker (Bredtvet kompetansesenter 2006a).

#### *Stemmebåndpareser*

Stemmebåndspareser, også kjent som recurrensparese, oppstår når nerveimpulsene fra Nervus recurrens blir skadet. Dette kan for eksempel skje ved kirurgiske inngrep, virus, ulykker og svulster (Bredtvet kompetansesenter 2006a). Paresen av stemmeleppene kan være unilateral eller bilateral. Ved bilaterale pareser står begge stemmeleppene ubevegelig; begge stemmeleppene er paralyisert. Dermed blir ikke stemmeleppene separert ved innpust. Stemmen er ofte svak, og vedkommende prøver å si så mange ord som mulig, før det blir en pause slik at personen skal få et nytt inntak av luft (Saunders 1964). Unilateral pareser betyr at en av stemmeleppene er paralyisert, slik at den stemmeleppen som fremdeles fungerer kan kompensere for den som er skadet. Til tross for at den friske stemmeleppen prøver å kompensere, vil stemmen ofte være hes, luftfylt og svak (Saunders 1964). Dette kan over lengre tid føre til fonasteni. Graden av lekkasje (dette henger sammen med om en stemme bærer preg av å være luftfylt) henger sammen med hvor langt unna midtlinjen stemmeleppene står (Bredtvet kompetansesenter 2006a).

### *Strupekreft*

Både Greene & Mathieson (2002), som refererer til BAO, og NLFL (2008) mener at strupekreft oppstår som regel av høyt forbruk av sigaretter og alkohol. Det er en livstruende sykdom hvor det er behov for både medisinsk ekspertise og kirurgisk inngrep (Boone & McFarlane 1994). For å fjerne kreftsvulsten, blir det som regel foretatt laryngektomi, det vil si at strupehodet fjernes. I Norge er det flere menn enn kvinner som får strupekreft, og prognosene for behandling regnes som gode. Vanlige tegn på kreft i strupen er heshet og enkelte kan også ha vansker med å svelge (NLFL 2006). Når strupehodet fjernes må man lære å snakke ved hjelp av taleapparat eller man kan operere inn en stemmeprotese (Bredtvet kompetansesenter 2006a).

### *Spastisk dysfoni*

Spastisk dysfoni er forårsaket av ufrivillige kramper i musklene i stemmeleppene (Bredtvet kompetansesenter 2006a, Colton, Casper & Leonard 2006). Årsaken til denne stemmevansken er forskjellig, men de mest vanlige årsakene synes å være infeksjoner i øvre del av respirasjonssystemet, traumatiske og emosjonelle hendelser. Denne formen for stemmevansker kan komme snikende hvor det som regel starter med heshet og fortsetter å bli anstrengt og opphaket fonasjon (Colton, Casper & Leonard 2006). Bredtvet kompetansesenter (2006a) mener imidlertid det er en nevrologisk betinget stemmevanske. Karakteristiske trekk av stemmen ved spastisk dysfoni er en hakket og krampeaktig stemme, og i enkelte tilfeller kan stemmen også bli hviskende (Bredtvet kompetansesenter 2006a).

### *Dysartri*

Dysartri regnes som en nevrologisk betinget dysfunksjon som påvirker kontrollen av musklene i taleapparatet (Boone & McFarlane 1994). "*Dysarthria affects articulatory, phonatory, respiratory and phonological aspects of speech*" (Greene & Mathieson 2002, s. 269). Dette betyr at uttalen blir utydelig, det blir vanskelig for andre å forstå det som bli sagt, og det er anstrengende for vedkommende som rammes å snakke. Dysartri kan også være synlig for andre som for eksempel sikling,



lammelser i ansiktsmuskulatur eller svelgevansker (Bredtvet kompetansesenter 2006a).

### **3.3.5 Stemmevansker – Bredtvet sine oppgaver**

Bredtvet kompetansesenter skal gi tiltaksrettet utredning, rådgivning og veiledning til brukere som henvises på grunn av stemmevansker, strupeopererte og personer med dysartri. Senteret skal også gi råd og veiledning til de pårørende og fagpersonene lokalt. De fleste henvisningene av mennesker med stemmevansker kommer fra helsetjeneste / øre-nese-halslege. Ved siden av dette skal senteret også drive med kompetanseutvikling og kunnskapsspredning (Bredtvet kompetansesenter 2008b).

#### *Tester og kartleggingsmateriell innen stemmevansker*

Et kartleggingsmateriell logopedene på stemmeteamet ved Bredtvet bruker, er VHI, Voice Handicap Index<sup>4</sup>. Dette er et selv-evalueringskjema hvor brukeren skal beskrive stemmen sin og hvordan stemmevansken påvirker livet. Skjemaet består av 30 spørsmål, hvorav 10 spørsmål omhandler emosjonelle aspekter, 10 om fysiske aspekter og 10 spørsmål om de funksjonelle aspektene ved en stemmevanske. Graderingene som brukes er aldri, nesten aldri, noen ganger, nesten alltid og alltid. Skjemaet er laget for alle typer stemmevansker (Hogikyan & Rosen 2002). Et eksempel på spørsmål fra VHI-skjemaet er: 3. Folk har vanskelig for å forstå meg i et rom med støy.

MDVP, Multi Dimensional Voice Program, er et dataprogram hvor man har muligheten til å måle kvaliteten i stemmen ved hjelp av en kvantitativ måling. Ved en akustisk analyse som dette blir brukeren bedt om å holde en "a" over et bestemt tidsrom, og man bruker en mikrofon til å ta opp lyden. Dataprogrammet lager deretter en grafisk fremstilling av stemmen; for eksempel utslag i tremor, støy, skurr (KAY Elemetrics Corp 2002). Logopedene ved stemmeteamet tar også opp leseprøver av

---

<sup>4</sup> Se vedlegg nr. 4.

---

brukerne sine. Ved hjelp av en båndopptaker kan logopedene vurdere og analysere brukernes stemme i etterkant.



## 4. Kvalitativ metode

For dette prosjektet ble det valgt kvalitativ metode på bakgrunn av tema og problemstilling (Befring 2007). I dette prosjektet var det ønskelig å få en dypere forståelse av informantenes meninger om hvor egnet ICF er til utredningsarbeid og rapportskrivning på Bredtvet. Hensikten med kvalitativ metode er å få en dypere beskrivelse av et fenomen (Lichtman 2006, Befring 2007), og dermed var dette en metode som syntes mest hensiktsmessig for dette prosjektet. På denne måten kunne jeg samle inn muntlige fremstillinger av for eksempel opplevelser og meninger (Befring 2007) ved hjelp av intervju som datainnsamlingsmetode.

### 4.1 Operasjonalisering

I innledningen ble det nevnt at begrepet egnet er blitt operasjonalisert til å omhandle om klassifikasjonen er tilstrekkelig og anvendbar. Å operasjonalisere betyr at man prøver å lage en bro mellom den abstrakte teoretiske verden og den empiriske verden. Dette gjøres for å kunne ”måle” begrepet som operasjonaliseres (Kleven 2002). I dette tilfellet er det begrepet egnet som er operasjonalisert, og begrepene som ønskes å ”måles” er tilstrekkelig og anvendbar. Disse begrepene måtte imidlertid videre presiseres og gjøres mindre abstrakte for at det skulle være mulig å besvare problemstillingen.

Begrepet tilstrekkelig er valgt å se i forhold til rapportene som skrives på Bredtvet kompetansesenter. For å presisere begrepet ytterligere ble det laget to spørsmål for å få det mer spesifikt.

- Dekker de utvalgte kodene de vesentlige / karakteristiske aspektene ved afasi, dysleksi, stemmevansker?
- Dekker kodene de områdene logopedene vil ha i en rapport?

Anvendbar har jeg valgt å se i forhold til bruken av ICF. Det som menes med bruken av ICF omhandler en rekke faktorer:

- Er det forskjeller mellom målet på helse som ICF presenterer og hvordan logopedene tenker?
- Kan nivåene i ICF være en hjelp i utredningen av brukerne som kommer til Bredtvet og hva som skrives i rapportene?
- Er logopedene positive til å bruke graderingsskalaene/modifikatorene i ICF?
- Kan man lage en mal for rapportering etter ICF som hele Bredtvet kan bruke, og hvordan skal den være?

## 4.2 Utvalg av ICF-koder

Prosjektet har gått inn i et større prosjekt som bygger videre på et tidligere prosjekt mellom Bredtvet kompetansesenter og Institutt for spesialpedagogikk (ISP). I 2007 ble 82 rapporter fra Bredtvet kodet om til ICF-koder. Totalt ble det brukt 170 ICF-kategorier de på 30 rapportene om afasi, 73 koder på 26 rapporter om dysleksi og 106 koder 26 rapporter om stemme. Disse kodene som ble brukt, var på ulike nivåer (forskjellige detaljeringsnivåer).

I de foregående prosjektene ble rapportene kodet i to omganger; 1) beskrivelser av afasi, dysleksi og stemmevansker slik de ble beskrevet i rapportene, og 2) forslag til tiltak. Ved hjelp ICF browser var det mulig å søke etter enkelte ord i rapportene og finne en ICF-kode som passet til de enkelte beskrivelsene av funksjonsvanskene og tiltakene. Et eksempel på å kode en språkfunksjon fra rapporter om afasi er dette:

*”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”) (Birkenes 2007, s. 23).*

I dette prosjektet var det ønskelig å finne ut om man kan lage et utvalg av koder for hvert fagområde, på bakgrunn av kodene som ble brukt i de første prosjektene, som kan brukes i fremtidig utredningsarbeid og rapportering, på bakgrunn av kodene som ble brukt i de første prosjektene. Dette kan sees på som det første leddet for dette prosjektet.

### 4.3 Utvalg av informanter

I kvalitativ metode er det vanlig med små hensiktsmessige utvalg av informanter (Dalen 2004). Mitt utvalg består av seks logopeder som jobber innen afasi, stemmevansker og dysleksi/læremiddelteamet. Da dette prosjektet gikk inn i et større prosjekt mellom ISP og Bredtvet kompetansesenter, ble jeg gitt et utvalg som syntes å være hensiktsmessig i forhold til oppgaven. Utvalget består av tre logopeder som er med i samarbeidsprosjektet og tre som ikke er med. I utvalget er det to logopeder som arbeider på afasiteamet og to på stemmeteamet. De to siste logopedene i utvalget jobber ikke direkte med dysleksi, men har enten tidligere jobbet med fagområdet eller jobber indirekte med det. Det jeg her mener med indirekte, er at vedkommende ikke driver med selve utredningsarbeidet, men er med som et ledd i kartleggingen og iverksettingen av tiltakene for brukerne med dysleksi.

Informant 1: Representerer fagområdet dysleksi i denne sammenheng. Har arbeidet 14 år som logoped. Har kjennskap til ICF.

Informant 2: Arbeider på stemmeteamet og har jobbet som logoped i 23 år. Har ikke kjennskap til ICF.

Informant 3: Arbeider på stemmeteamet og har jobbet som logoped i 25 år. Har kjennskap til ICF:

Informant 4: Arbeider på afasiteamet og har jobbet som logoped i 5 år. Har noe kjennskap til ICF.

Informant 5: Arbeider på afasiteamet og har jobbet som logoped i 35 år. Har kjennskap til ICF.

Informant 6: Representerer fagområdet dysleksi i denne sammenheng. Har jobbet som logoped i 18 år. Har kjennskap til ICF.

## 4.4 Intervju som forskningsmetode

Både problemstillingen og formålet med prosjektet gjenspeiler hvilken metode som synes å være mest hensiktsmessig for å samle data. En vurdering av utvalget av kodene, og hvor egnet ICF er i forhold til utredningsarbeid og rapportering, ville etter min mening komme best frem i et intervju. Intervju er den mest brukte metoden for å samle inn data innen kvalitativ forskning (Holter 1996, Lichtman 2006). I et intervju får to personer eller flere mulighet til å snakke om et tema begge parter interesserer seg for og utveksle synspunkter. I dette tilfellet var det en felles interesse for utredningsarbeid, rapportering og ICF. Denne samtaleformen har en strukturert form og et formål (Kvale 1997), hvor jeg var intervjueren og måtte stille spørsmålene og styre samtalen slik at den skulle bli mest mulig relevant i forhold til formålet med oppgaven. Denne formen for konversering er spesiell i den forstand, uansett om den er strukturert, standardisert eller kvantitativt orientert, halvstrukturert osv, at den innebærer en form for interaksjon (Holstein & Gubrium 2004). Med det kvalitative intervjuet kan man få innsikt i informantenes tanker, erfaringer og følelser og man får mulighet til å skaffe seg beskrivende og fyldig informasjon.

### 4.4.1 Strukturert intervju

Hvilken form for intervju man skal velge i en kvalitativ studie, må sees i lys av målgruppen og temaet som forskeren ønsker å belyse (Dalen 2004). I dette tilfellet skulle seks logopeder intervjues om ICF er egnet i utredningsarbeid og rapportering ved Bredtvet. Intervjuformen som syntes mest hensiktsmessig var et strukturert intervju. Det var ønskelig å sammenligne svarene til informantene og dermed måtte

---

informantene stilles de samme spørsmålene. På bakgrunn av dette ble analysen lettere å gjennomføre og med hensyn til tidsaspektet ble det mulig å fullføre prosjektet til normert tid. Til tross for at Lichtman (2006) mener designet eliminerer forskerens rolle og bringer objektivitet inn i situasjonen, var det likevel nødvendig å bruke denne formen for intervju. På denne måten kunne jeg være sikker på at svarene kunne sammenlignes i etterkant, og at jeg fikk svar på det jeg trengte. Formålet i denne oppgaven er ikke rettet mot å få en dyp forståelse av informantenes meninger og følelser. På bakgrunn av dette ville det ikke være naturlig for verken informantene og meg selv, dersom intervjuet hadde hatt en mer åpen form.

Til tross for at et strukturert intervju ikke oppfordres å brukes, har jeg likevel sett noen fordeler ved å bruke det. På svært kort tid skulle seks fagfolk fra Bredtvet kompetansesenter intervjues. Dersom jeg hadde valgt et semi- strukturert eller åpent intervju, ville jeg blitt sittende med svært lange lydopptak som i ettertid skulle transkriberes, da disse intervjuene åpner for at informantene skal fortelle mest mulig (Dalen 2004).

*”I den strukturerte intervjuprosessen (...) er det stort sett forskeren og ikke intervjupersonen som kontrollerer spørsmålene, tolkningene, analyseformene og formidlingen av resultater” (Holter 1996, s. 14).*

Dette sitatet viser enkelte fordeler med et strukturert intervju, og viser at et intervju med dens analyser og tolkninger osv., kan forenkles noe dersom man ser det i forhold til for eksempel tidsaspektet for et prosjekt.

#### **4.4.2 Intervjuguiden og tematikk**

Som nevnt tidligere ble intervjuet delt i to, og dermed måtte det utarbeides to intervjuguider<sup>5</sup>. Den første intervjuguiden omhandlet utredningsarbeid og rapportskrivning på Bredtvet generelt sett, mens intervjuguide to omhandlet ICF. Å

---

<sup>5</sup> Se vedlegg nr. 1 for intervjuguide 1, og vedlegg nr. 2 for intervjuguide 2.



utarbeide en intervjuguide er særlig påkrevd når forskeren anvender et fokusert / strukturert eller semistrukturert intervju (Dalen 2004). Intervjuguiden ble utformet på bakgrunn av formål og problemstillingen for prosjektet.

Guiden ble videre utformet med tematikk, slik at det skulle bli mulig å kategorisere spørsmålene og at intervjuet skulle få mer struktur. Intervjuet ble utformet etter ”traktprinsippet; først en innledning, noen innledende spørsmål og deretter mer fokuserte spørsmål (Dalen 2004). De innledende spørsmålene ble laget med tanke på å etablere et forhold til informantene. Spørsmålene i intervjuguide to ble ikke differensiert med hensyn til kjennskap – ikke kjennskap ICF. Dette ble gjort for å få frem variasjoner i svarene og for å kunne vurdere best mulig om ICF er egnet i logopedisk arbeid. Spørsmålene i de to intervjuguidene ble utformet med tanke på å få mest mulig informasjon av informanten. Med andre ord, det ble gjort forsøk på å få lage spørsmål som var generelle og vide (Lichtman 2006).

#### **4.4.3 Prøveintervju**

Dalen (2004) skriver at det må foretas et eller flere prøveintervju slik at man kan teste ut intervjuguiden og seg selv som intervjuer. Dette ble ikke gjort før første intervjurunde på grunn av tidsmangel. Det som ble gjort, var at en bekjent ble stilt spørsmålene fra guiden og jeg fikk tilbakemeldinger på de rett etter. Spørsmålene som stilles i et intervju er viktig å formulere med hensyn på hva man ønsker å finne ut, og hvordan man på best mulig måte kan få informasjon av informanten (Barone & Switzer 1995). Enkelte spørsmål fører ingen steder, andre fører til flere spørsmål, andre spørsmål svarer seg selv osv.

*”Good questions sometimes depend on luck, but more often they are prompted by relevant knowledge, a sense of ”something is missing here”, and (more important) sensitivity to what the data really are saying” (Strauss & Corbin 1998 s.75 ).*

Selv om det ikke ble foretatt prøveintervju før runde én, fikk jeg likevel tilbakemeldinger og mulighet til å endre spørsmålene og rekkefølgen på de. Enkelte spørsmål gav ikke svar på det jeg ønsket og var ledende, og dermed måtte de endres

---

slik at jeg skulle få svar på det jeg ønsket uten å lede informantene til å svare det jeg ønsket. Rekkefølgen på spørsmålene var også viktig for å få en bedre flyt i intervjuet. Enkelte spørsmål måtte dermed plasseres på mer hensiktsmessige steder i guiden. Jeg fikk ikke mulighet til å prøve ut de nye spørsmålene på en annen person, derfor visste jeg ikke på forhånd om spørsmålene var gode nok, eller om de gav meg de svarene jeg trengte. Dermed måtte enkelte spørsmål justeres i selve intervjuet. På grunn av tidsaspektet fikk jeg heller ikke mulighet til å prøve meg som intervjuer. Dette var nok uheldig med tanke på min egen personlighet og manglende erfaring som intervjuer tidligere. Hvorvidt min usikkerhet om guiden var god nok eller ikke, kan ha påvirket informantene, slik at interaksjonen bar preg av usikkerhet fra begge parter.

I forkant av det andre intervjuet, ble det foretatt et prøveintervju av en person som ikke har kjennskap til ICF eller Bredtvet. På denne måten fikk jeg prøvd ut rekkefølgen spørsmålene var satt opp, samt justert noen spørsmål jeg mente ikke gav svar på det jeg ønsket. Jeg fikk også hjelp til å utforme spørsmålene slik at informantene skulle gi mest mulig av sine egne meninger. Dette førte til at jeg følte meg mer rustet i intervjuprosessen og jeg fikk mer selvtillitt slik at min usikkerhet som intervjuer ble lagt til siden.

#### **4.4.4 Gjennomføringen av intervjuene**

Hele intervjurunde én ble gjort på én dag og samme dag. Jeg fikk 30 min til hver informant, noe som var uheldig med tanke på å skape kontakt og trygghet til informantene. På grunn av den korte tiden per informant, fikk jeg ikke mulighet til å gi nødvendig informasjon, for eksempel hva som kom til å skje med datamaterialet, om publisering, anonymisering osv. (Dalen 2004). Jeg fikk heller ikke mulighet til å bli litt kjent med informantene, og skape trygghet mellom vedkommende og meg selv før jeg startet intervjuet. Gjennomføringen av alle intervjuene ble gjort på logopedenes kontorer, i naturlige omgivelser for de seks informantene.

Intervjuene ble gjennomført ved at jeg spurte spørsmål og deretter lot informantene få god nok til å tenke og la seg gjøre seg helt ferdig med svaret, før jeg gikk videre til neste spørsmål. Pausene var spesielt viktig for å la informantene få tid til å tenke seg om, men pausene kan også vise til for eksempel usikkerhet hos informantene (Dalen 2004). Alle intervjuene ble tatt opp på en diktafon. I et tilfelle hadde diktafonen slått seg av, noe jeg oppdaget i etterkant. Deler av intervjuet måtte jeg dermed ta opp igjen under den andre intervjurunden. Tidspunktet for den andre intervjurunden ble avtalt individuelt med informantene. På denne måten kunne jeg sette opp avtaler hvor jeg fikk god tid med hver enkelt informant. Intervjurunde to ble til sammen tatt over flere dager, og dette var med hensiktsmessig med tanke på tidspresset både for informanten og meg selv.

Selv om jeg hadde valgt et strukturert intervju, måtte jeg likevel være fleksibel. Det innebar at jeg måtte stille oppfølgingsspørsmål. I enkelte intervju var det nødvendig å stille spørsmålene i en annen rekkefølge enn rekkefølgen i intervjuguiden for å skape en minst mulig kunstig situasjon for informanten (Barone & Switzer 1995). Å være fleksibel og improvisere er typiske tegn ved den kvalitative metoden (Befring 2007). Å være fleksibel har sine fordeler, som blant annet å skape en naturlig situasjon for informantene, men i enkelte tilfeller følte jeg at jeg mistet litt av strukturen i intervjuet på grunn av dette (Silverman 2001). Selv om det var nødvendig å stille enkelte spørsmål i en annen rekkefølge i enkelte intervjusituasjoner, ble informantene stilt de samme spørsmålene samlet sett. Innledningsspørsmålene i det andre intervjuet, ble ikke stilt til informantene som deltar i prosjektet. I et tilfelle ble intervjuguiden levert til den ene informanten. Dette ble gjort for å skape trygghet hos informanten, og la vedkommende få muligheten til å forberede seg skikkelig til intervjurunden.

#### **4.4.5 Transkribering**

Ettersom alle intervjuene ble tatt opp på bånd, for å ta vare på informantenes egne uttalelser (Dalen 2004), var det nødvendig å transkribere intervjuene i ettertid.

Transkriberingen kan sees på som en fortolkningsprosess i seg selv, hvor man er fokusert på å få tale til tekst (Kvale 1997). Dette var en tidskrevende prosess, men det åpnet også rom for analytiske refleksjoner vedrørende datamaterialet. Gjennom transkriberingen fikk jeg mulighet til å bli bedre kjent med datamaterialet, og merke meg spesielle uttalelser og meninger. Jeg fikk også mulighet til å kunne se etter likheter og ulikheter i svarene til informantene. Like før jeg skulle starte analysen av datamaterialet ble PC'en stjålet og noe av datamaterialet forsvant. Det var imidlertid lite av materialet som ble borte. Det som forsvant var halve intervjuet av del 1 til informant 5, og første delen av intervju del 2 til informant 6, samt alle lydfile fra diktafonen. Intervjuene var ferdig transkribert, og jeg hadde dermed allerede begynt den å reflektere over informantenes uttalelser og meninger.

## 4.5 Analysen

Å kode datamaterialet blir sett på som et viktig ledd i den analytiske prosessen i kvalitative studier (Dalen 2004). *"Coding represents the operations by which data are broken down, conceptualized, and put together in a new way"* (Strauss & Corbin 1990, s. 57). Richards (2005) deler kodingsprosessen i tre nivåer: deskriptiv-, tema- og analytisk koding.

### 4.5.1 Deskriptiv koding

Den første prosessen i kodingen er deskriptiv koding som innebærer å lagre informasjon som beskriver et case, i dette tilfellet hver enkel informant. Dette omhandler attributter som for eksempel kjønn, alder, yrke osv. (Richards 2005). I dette prosjektet ble det lagret informasjon om arbeidserfaring, arbeidsområde og om informantene hadde kjennskap til ICF. Spesielt informantenes kjennskap til ICF var viktig å få informasjon om, da dette henger sammen med informantenes uttalelser og meninger.

### 4.5.2 Temakoding

Temakoding innebærer å plassere segmenter av datamaterialet ”*where they belong*” (Richards 2005, s. 92), altså en organisering og sortering av tekstinnholdet fra alle intervjuene som er blitt gjennomført. Denne formen for koding dominerer den tidlige fasen av et prosjekt, og temaene som velges for segmentene bør være relevante for prosjektets formål og problemstilling (Richards 2005).

Intervjuene ble først sortert etter hvilken intervjuerunde de hørte til; del 1) utredning og rapportering, og del 2) ICF. Deretter ble informantene nummerert og anonymisert slik at de i etterkant ikke skal kunne gjenkjennes. Kodingen ble videre foretatt manuelt med papir og blyant, hvor jeg kodet intervjuene uavhengig av hverandre. Etter jeg hadde temakodet alle intervjuene var jeg usikker på det var gjort riktig og om jeg hadde kodet i forhold til prosjektets formål og problemstillingen. Dermed begynte jeg kodingen enda en gang, men denne gangen ble det gjort i et vanlig word dokument, hvor alle intervjuene ble sortert på samme måte som under den første kodingen. Jeg tok for meg hvert enkelt intervju og laget temaer som var relevante for å besvare problemstillingen. Enkelte temaer var mer relevant enn andre. Denne gangen ble enkelte deler av intervjuene kodet med de samme temaene, slik at det i etterkant skulle bli lettere å sammenligne informantenes utsagn. Det ble også laget andre relevante temaer, selv om temaene ikke gikk igjen i alle intervjuene var det viktig å få frem disse også. Dette fordi hver enkelt informant svarte forskjellig og for å få frem spesielle utsagn og utsagn som skiller seg fra andre.

Etter at alle intervjuene var kodet hver for seg under tilhørende intervjurunde, ble alle intervjuene fra del én flettet inn i et dokument. Altså, segmentene fra de ulike informantene ble plassert under temaer som forekom fra den andre kodingen, slik at det til slutt ble et dokument med temaer og segmenter fra de ulike informantene. Det samme ble gjort for del 2. Alle temaene fra kodingen ble flettet inn i disse dokumentene.

Eksempler på temaer fra intervjuene er: tilstrekkelig, rapporten-beskrive, rapporten-konklusjon, fast mal, faste knagger osv.

### **4.5.3 Analytisk koding**

Den analytiske kodingen omhandler å fortolke og reflektere over meningen i datamaterialet. Det innebærer å lage nye kategorier og sette sammen kategorier som passer sammen i under- og overgrupper (Richards 2005).

Etter temakodingen hadde jeg 45 temaer fra det første intervjuet og 63 temaer fra intervju 2. Disse temaene ble deretter plassert under hvordan begrepet egnet er operasjonalisert, slik at temaer som kunne være med å besvare ”Dekker de utvalgte kodene de vesentlige aspektene?” ble plassert under denne kategorien. Det samme ble gjort for de andre kategoriene; dekker kodene områdene logopedene vil ha i en rapport?, nytt mål på helse, ICF's nivåer, modifikatorene, og hvordan lage ICF-mal på rapportering. Enkelte temaer fra temakodingen ble ikke brukt, men var likevel viktig å kunne se tilbake til for å få en bedre forståelse av informantenes uttalelser og meninger. Enkelte temaer som ble valgt ut fra de kodede intervjuene og plassert under de ulike kategoriene, passet under flere kategorier.



## 5. Validitet i undersøkelsen

Innen kvalitativ forskning har validitetsbegrepet de senere årene fått mer omtale og fokus, men det er ikke uproblematisk å definere begrepet i lys av den kvalitative forskningstradisjonen (Dalen 2004, Maxwell 1992). Maxwell (1992) deler validitet i fem typologier: deskriptiv validitet, tolkningsvaliditet, teoretisk validitet, generaliserings- og evalueringsvaliditet. Han mener at et viktig moment med validitet i kvalitative studier er at det refereres til en redegjørelse av hva som er gjort, og ikke datamaterialet og metoden. Dette kan sees i forhold til Dalen (2004) som blant annet skriver om validitet i forhold til forskerrollen og intervjuguiden. Med unntak av evalueringsvaliditet, vil neste del av oppgaven omhandle en diskusjon av Maxwell's typologier for validitet sett i forhold til dette prosjektet.

### 5.1 Deskriptiv validitet

Hvordan datamaterialet samles inn og tilrettelegges for tolkning og analysering blir betegnet av Maxwell (1992) som deskriptiv validitet. Forskeren er informantenes referent, og skal gjenfortelle det som er sagt og observert. Også her blir kravet til intersubjektivitet sterkt vektlagt (Maxwell 1992).

Bruk av båndopptaker (diktafon) blir dermed viktig i tolknings- og analysearbeidet som nevnt tidligere. Intervjuene i forbindelse med dette prosjektet, ble tatt opp på bånd og transkribert kort tid etter. Dette ble gjort for å sikre at informantenes uttalelser og stemninger ble skrevet ned mens jeg fremdeles hadde det klart i minnet. Transkriberingen blir altså det første steget i kodings- og analyseprosessen. Under transkriberingen ble det først og fremst lagt vekt på å få gjort om tale til skrift, slik at det ble vektlagt å skrive ned alt informantene sa, også pauser hvor informantene fikk mulighet til å tenke seg om. Under analyseprosessen fikk jeg ikke mulighet til å gå tilbake til lydopptakene da disse ikke var tatt backup av, og forsvant dermed med PC'en som ble stjålet. Å gå tilbake til lydopptakene følte jeg heller ikke var



nødvendig, da transkriberingen hadde blitt gjort på en grundig måte hvor både informantenes uttaleser og spørsmålene som ble stilt var med. Etter at alle intervjuene var transkribert ble de lagt til side. På denne måten var det mulig å distansere seg til datamaterialet. Dette ble gjort for at kodingen og analysen skulle være mest mulig preg av intersubjektivitet.

## 5.2 Tolkingsvaliditet

Når man tolker kvalitative intervju er det vanlig at forskeren søker etter indre sammenhenger i datamaterialet og gjennom tolkningsprosessen vil forskeren utvikle en dypere forståelse av temaet som han eller hun studerer (Maxwell 1992). Informantenes opplevelse og forståelse som kommer frem i intervjuene er utgangspunktet for den slik type tolkning (Dalen 2004).

I selve intervjusituasjonen begynte jeg å tolke det informantene sa, og måtte dermed også stille oppfølgingsspørsmål dersom noe var uklart eller hvis jeg følte noe manglet. Da intervjuene ble tatt opp på bånd, kunne jeg høre lydopptakene i etterkant, og etter transkriberingen kunne jeg også lese informantenes meninger og uttalelser. Gjennom denne tolkningsprosessen fikk jeg mulighet til å se datamaterialet på en ny måte hver gang. Den første tolkningen av datamaterialet skiller seg ut fra den endelige tolkningen. Gjennom hele denne prosessen fikk jeg en dypere forståelse av hva informantene mine svarte under intervjuene, og i tillegg fikk jeg en mer helhetlig forståelse av datamaterialet generelt sett.

## 5.3 Teoretisk validitet

Den teoretiske validiteten handler om teorien som er brukt som utgangspunkt for undersøkelsen, eller som utvikles underveis i undersøkelsen, og om teorien er relevant i forhold til fenomenet som studeres (Maxwell 1992).

---

*”En slik validitet krever at de sammenhengene som avdekkes og forklares, kan dokumenteres i datamaterialet og forskerens sammenstilling og fortolkning av dette. Den teoretiske forståelsen er mer abstrakt og tar sikte på å forklare sammenhenger” (Dalen 2004, s. 110).*

Teorien som ble valgt for oppgaven skulle gjenspeile viktige aspekter og vesentlige trekk ved de ulike fagområdene afasi, dysleksi og stemmevansker. Det var også viktig å gjøre rede for ICF, for videre å få en forståelse av klassifikasjonen og hvordan man kan bruke den. De ulike teoriene ble tatt med for å danne en felles plattform, slik at leseren også skal få en forståelse av hva som er vektlegges i de forskjellige vanskeområdene og hva ICF er. Den teoretiske delen i oppgaven kan virke som en overfladisk lærebok for enkelte, men for å komme frem til de mest vesentlige aspektene innen fagområdene var det nødvendig å gjøre rede for teoriene slik de er gjort i kapittel 2 og 3. Det var dermed viktig å skrive teori som lett kunne knyttes til informantenes uttalelser og meninger, slik at analysen og den teoretiske rammen i oppgaven kunne settes i sammenheng.

## 5.4 Generaliseringsvaliditet

Generaliseringsvaliditet dreier seg om hvordan man kan overføre spesielle situasjoner eller populasjoner til andre personer eller settinger som ikke er blitt studert.

Kvalitative studier er ikke designet med tanke på å generalisere til større populasjoner, dermed er heller ikke generaliseringsvaliditeten sentral for kvalitative studier (Maxwell 1992). Resultatene fra dette prosjektet kan sannsynligvis ikke føre til helt like resultater som i andre prosjekter hvor det samme studeres. Dette henger sammen med at Bredtvet er et kompetansesenter som favner svært mange og ulike fagområder, og hvor det også forventes at logopedene sitter med genuin ekspertise innen sitt fagfelt. Man kan også se dette i forhold til hvem som henvises og hvem som henviser. Brukerne som henvises til Bredtvet trenger hjelp fra andre enn logopeden lokalt, og dette kan være på grunn av at behandlingen har stoppet opp og at man ikke kommer lenger. Det kan også henge sammen med at logopedene lokalt

ikke sitter med samme kompetanse som logopedene på kompetansesenteret, og dermed trenger de veiledning på hvordan behandlingen av brukeren skal foregå videre. En annen mulig årsak er hvilken kjennskap logopedene og øvrige ansatte har om ICF. I resultatene fra dette prosjektet syntes det å være en forskjell på uttalelsene til informantene som har kjennskap til ICF versus de som ikke har kjennskap til klassifikasjonen.

## 5.5 Reliabilitet i kvalitativ metode

Reliabilitet dreier seg om man kan stole på resultatene som er funnet og metoden som er brukt for å komme frem til resultatene (Richards 2005). I følge Dalen (2004) blir reliabilitet oppfattet av enkelte som et lite egnet begrep innen kvalitative undersøkelser. I kvalitative studier blir kravet om etterprøvbarehet vanskelig, og dette henger sammen med forskerens rolle og interaksjonen mellom forskeren og informantene. For å imøtekomme kravet om reliabilitet, blir det dermed viktig å beskrive hvert enkelt ledd i den kvalitative undersøkelsen nøyaktig (Dalen 2004). Maxwell (1992) mener reliabiliteten kan sees på denne måten:

*”Reliability, in my view, refers not to an aspect of validity or to a separate issue from validity, but to a particular type of threat to validity” (Maxwell 1992, s. 288).*

Dersom man ser dette sitatet i forhold til drøftingen av validiteten for dette prosjektet, vil man kunne si at det er en trussel mot den teoretiske validiteten dersom man ikke bruker relevant og god nok teori i prosjektet. I denne oppgaven er teorien valgt ut på bakgrunn av fagområdene som ønskes å belyses. I oppgaven er alle stegene i prosjektet presentert og drøftet under metodekapittelet. Meningen med kapittelet er å være transparent slik at leseren får et godt innblikk i hva som er gjort i dette prosjektet, og hvordan jeg har kommet frem til de resultatene som både er presentert og drøftet i kapittel 6. Ved å være transparent på denne måten, kan leseren også danne seg en mening om man kan stole på om fremgangsmåten er riktig og om resultatene er til å stole på.

---

## 5.6 Forskningsetiske hensyn

I vitenskapelige arbeider stilles det strenge krav til forskningen. Hva forskningsetikken omhandler kan belyses ved hjelp av et sitat:

*”Forskningsetikken kan òg kallast fagetikk ved at den set fokus på det arbeidet som blir utført av dei som har eit profesjonelt vitenskapeleg ansvar” (Befring 2007, s. 54).*

Forskningsetikken omhandler individuell og institusjonell moral, og skal være en hjelp for forskeren til å nå frem til sannheten på en forsvarlig måte (NESH 2006). Vitenskapelig redelighet vil si at man er til å stole på, altså at man vil gjennomføre forskningen med kvalitet og validitet. Redelighet handler også om å ha en pålitelig og fullverdig henvisningspraksis (Befring 2007).

Et annet etisk hensyn er informert og fritt samtykke. De det forskes på, har krav på å informeres om forskningen, og informasjonen skal være tydelig og forståelig.

Informasjonen som gis skal også være tilpasset mottakeren. Det skal informeres om sentrale forhold i prosjektet, som formål, metodebruk og andre følger av deltakelsen (NESH 2006). Informert og fritt samtykke betyr videre at det ikke er lagt press på informantene; deltakelsen i forskningsprosjektet er frivillig. Deltakerne må også gis mulighet for å trekke seg fra prosjektet dersom de ønsker det (NESH 2006).

I dette tilfellet fikk informantene en forespørsel med informasjon om prosjektet, samt at ledelsen på Bredtvet kompetansesenter oppfordret de som ble spurt, til å delta. De kunne når som helst trekke seg som informant.

Da min masteroppgave er en del av et prosjekt, kan også de etiske rammene rundt oppdragsforskning være sentralt. Oppdragsgiveren har ikke rett til å påvirke den metodiske gjennomføringen av prosjektet og heller ikke resultatene. De har imidlertid rett til å påvirke tema og problemstillinger (NESH 2006).



## **6. Analyse om hvorvidt ICF er egnet i logopedisk arbeid**

Dette kapittelet i oppgaven omhandler analyse av datamaterialet og drøfting av resultatene. Da begrepet egnet er operasjonalisert til tilstrekkelig og anvendbar, vil analysen bli delt inn deretter. Når det gjelder hvorvidt ICF er tilstrekkelig, vil analysen videre bli delt innen fagområdene afasi, dysleksi og stemmevansker. Dette gjøres for å skille fagområdene fra hverandre på samme måte som de utvalgte ICF-kodene. I analysen av om ICF er anvendbar i forhold til det logopediske arbeidet, vil ikke fagområdene skilles fra hverandre. Begrepet anvendbar er videre operasjonalisert til å omhandle temaene nytt mål på helse, ICF's nivåer, modifikatorene og hvordan lage ICF-mal på rapportering.

### **6.1 Analyse av hvorvidt ICF er tilstrekkelig**

Begrepet tilstrekkelig ble operasjonalisert i to underspørsmål: Dekker de utvalgte kodene de vesentlige aspektene ved afasi, dysleksi og stemmevansker? Dekker de utvalgte kodene områdene logopedene vil ha i en rapport? Disse underspørsmålene som er en videre operasjonalisering av begrepet tilstrekkelig, vil i det følgende bli drøftet i forhold til de ulike fagområdene. Før resultatene etter intervjuene og drøftingen av funnene blir presentert, vil det være hensiktsmessig med en kort presentasjon av de utvalgte kodene som informantene ble presentert, og fremgangsmåten for hvordan jeg har kommet frem til disse kodene

#### **6.1.1 De utvalgte kodene**

Det ble laget tre forskjellige utvalg av koder; et for afasi, et for dysleksi og et for stemmevansker. Disse kodene ble valgt på bakgrunn av mitt eget logopediske skjønn, i tillegg til hyppighet fra kodingen i de tidligere prosjektene og på bakgrunn av teori. For å skille fagområdene og kodene fra hverandre, ble det utarbeides tre ulike sett

med koder. I de forrige prosjektene ble som nevnt rapporter fra fagområdene afasi, dysleksi og stemmevansker, kodet i to omganger. I den første kodingen var det fokus på hvordan funksjon og funksjonshemming ble beskrevet i rapportene. Den andre kodingen var rettet mot forslag til tiltak. Utvalget av ICF-kodene som informantene ble presentert, var også delt i to sett; 1) beskrivelse, 2) tiltak (se vedlegg 3). Ved hjelp av Excel ble kodene som var brukt fra de tidligere prosjektene, satt i et nytt system som ikke var basert på hyppighet. I de nye tabellene ble kodene fra de ulike emneområdene satt sammen, og videre ble de strukturert slik at kodene ble satt i den samme rekkefølgen som i klassifikasjonen.

Kodene som ble valgt og delt ut til informantene, ble presentert som firetegnskoder, hvor det også var prosa i tillegg til kodene. I utvalget av kodene ble ikke detaljeringsmulighetene under firetegnskoden, tatt med. Et eksempel på hvordan kodene ble presentert er følgende:

*Tabell 1: Eksempel på hvordan kodene ble presentert for informantene.*

b140	Oppmerksomhetsfunksjoner	
	Funksjoner for å fokusere på ytre stimuli eller indre opplevelser så lenge som det behøves.	
	Inklusive: Opprettholde oppmerksomheten, skifte oppmerksomhet, være oppmerksom på mer enn en ting om gangen, ha felles oppmerksomhet med andre, konsentrasjon.	
	Awik: Økt distraherbarhet.	
	Eksklusive: Bevissthetsfunksjoner (b110), energi og handlekraft (b130), søvn (b134), hukommelsesfunksjoner (b144), psykomotoriske funksjoner (b148), persepsjonsfunksjoner (b156).	

Alle kodene i de tre utvalgene av ICF-koder ble presentert på samme måte som i eksempelet. Dette ble gjort for at det skulle bli lettere for informantene å forstå hva som vektlegges i en kode. Hvordan kodene ble presentert, var også viktig med hensyn til informantene som ikke hadde kjennskap til ICF. Det kunne heller ikke forutsettes at informantene hadde klassifikasjonen tilgjengelig ved gjennomgang av

kodene. Totalt ble det valgt ut 46 unike koder innen afasi, 25 innen dysleksi og 28 koder innen stemmevansker<sup>6</sup>. Kodene innen afasi var fordelt på denne måten:

*Tabell 2: Fordelingen over de utvalgte kodene for afasi.*

Antall	Emneområde
15	Kroppsfunksjoner (b)
3	Kroppsstrukturer (s)
21	Aktiviteter og deltagelse (d)
7	Miljøfaktorer (e)

Ut fra denne tabellen kan man se at de fleste kodene som ble plukket ut, ligger innenfor kroppsfunksjoner (b) og aktiviteter og deltagelse (d). Fordelingen av kodene for dysleksi så slik ut:

*Tabell 3: Fordelingen over de utvalgte kodene for dysleksi.*

Antall	Emneområde
9	Kroppsfunksjoner (b)
0	Kroppsstrukturer (s)
11	Aktiviteter og deltagelse (d)
5	Miljøfaktorer (e)

Utvalget av koder for fagområdet stemmevansker var fordelt på denne måten

*Tabell 4: Fordelingen over de utvalgte kodene for stemmevansker.*

Antall	Emneområde
13	Kroppsfunksjoner (b)
5	Kroppsstrukturer (s)
6	Aktiviteter og deltagelse (d)
4	Miljøfaktorer (e)

Ut fra tabellene 1,2 og 3 kan man se at det er få koder innen emneområdet miljøfaktorer (e). Dette må sees i sammenheng med de kodede rapportene fra de

---

<sup>6</sup> Utvalget av kodene i vedlegg nr.3 viser ikke prosa eller beskrivelsen av kodene.



tidligere prosjektene og hvilke koder som ble brukt i disse prosjektene. Utvalget av kodene er ikke i seg selv et kjernesett av koder, men kan sees på som en begynnelse på å utvikle et kjernesett av ICF- koder som Bredtvet i fremtiden kan bruke i utredningsarbeid og rapportering.

### **6.1.2 Dekker de utvalgte kodene de vesentlige aspektene ved afasi, dysleksi, stemmevansker?**

Med vesentlige aspekter legges det vekt på karakteristiske trekk ved de ulike fagområdene, samt aktiviteter og deltagelse (d) og miljøfaktorer (e). Aspektene ved fagområdene vil sees i forhold til teoriene om de forskjellige vanskene, og hva informantene ser etter når de utreder og hva de skriver i en rapport. Dette kan også sees i forhold til spørsmålene under punkt D i den andre intervjuguiden (se vedlegg 2), hvor informantene skulle kommentere utvalget av kodene innen sitt fagområde.

#### *Afasi*

Et av spørsmålene informantene fikk under den andre intervjurunden var: ”Kan du fortelle litt om dine første tanker /førsteintrykket da du tittet på utvalget av kodene?”. Informant 5 sin mening om dette var:

*”... nei jeg synes det er relevante koder (...) det er noen som er viktigere enn andre, sånn som for eksempel mentale språkfunksjoner.”*

Informant 4 hadde følgende mening om utvalget av koder:

*”Det er veldig mange koder, men jeg tenker på at det er nødvendig (...) jeg tror kanskje noen av dem kodene vil være overflødig for, ikke for alle brukerne, men for noen.”*

Informant 5 nevner også om at enkelte koder ikke vil være relevant for alle.

Informant 4 mener det i tillegg til utvalget av kodene, burde være en kode hvor man oppfordrer til å ta kontakt med afasiforeningen.

Informantene mente at ikke alle kodene vil være relevante for enkelte brukere med afasi. Teorien om afasi viser at afasi er noe mer enn bare en språkvanske. Det er en

---

ervert skade som skyldes for eksempel slag i den hjernehalvdelen hvor språksenteret ligger, og det er hos de fleste høyrehendte i venstre del av hjernen (Finset & Krogstad 2002). Personer som rammes av afasi kan også få tilleggsvansker som for eksempel apraksi og synsutfall. Utvalget av ICF-kodene måtte dermed speile de fleste aspektene og variasjonene ved afasi. Dermed vil ikke alle kodene for den enkelte brukeren være relevante; det vil altså være individuelt hvilke koder som er relevante for den enkelte brukeren som kommer til Bredtvet kompetansesenter.

Informant 4 mente som nevnt at det manglet en kode hvor man oppfordrer å ta kontakt med afasiforeningen. Koden d910, samfunnsliv, synes relevant til å dekke dette området. I denne koden blir det vektlagt å delta i sosiale livsområder i samfunnet. En annen kode som også er relevant er e555, tjenester, systemer og strategier i foreninger og organisasjoner. Definisjonen til kode e555 er som følger:

*”Tjenester, systemer og strategier vedrørende grupper som har slått seg sammen for å dyrke felles, ikke-kommersielle interesser, ofte med en tilhørende medlemskapsstruktur” (Sosial og helsedirektoratet 2006, s. 169).*

Afasiforbundet er som nevnt en interesseorganisasjon hvor en av oppgavene er å komme med forslag til hvordan livssituasjonen til mennesker med afasi kan bedres (Afasiforbundet 2008).

Informant 5 (se sitat over) nevner spesielt en kode som er spesielt viktig med tanke på afasi; mentale språkfunksjoner. Koden som dekker dette området er b167. Av de 30 rapportene som ble kodet fra forrige prosjekt, ble mentale språkfunksjoner, b167, brukt 188 ganger under beskrivelsen av funksjon og 102 ganger under forslag til tiltak (Birkenes 2007). Dette kan være en faktor som belyser hvorfor informant 5 nevner spesielt denne koden. En annen faktor kan også være at afasi blir sett på som en språksvikt. Dette kan komme til uttrykk innen en eller flere av de fire språklige modalitetene; evne til å uttrykke seg skriftlig og muntlig, evne til å forstå tale og lese (Corneliussen 2005). Inklusive i koden b167 mentale språkfunksjoner er:

---

*”... oppfatte og tyde tale, skrift, tegn eller andre former for språk, kunne uttrykke de samme former for språk, integrerende språkfunksjoner” (Sosial og helsedirektoratet 2006)*

Avviket man vil finne i denne koden er afasi. Dersom man skal sette koden b167 i sammenheng med de fire modalitetene i språket, kan man se at disse samsvarer.

I tillegg til å vurdere utvalget av ICF-kodene, vurderte informant 5 også andre forhold ved klassifikasjonen. Det ene forholdet var overskriftene under aktiviteter og deltagelse (d):

*”... grunnleggende læring, så er det jo det mer i forhold til barn (...). Så egentlig, det står å lære å lese, men det skulle jo være å relære å lese (...). For det her handler om å gjøre noe dem har kunnet før (...)  
(informant 5).*

Dette sitatet sier oss et viktig aspekt ved afasi; vedkommende som rammes av afasi har allerede tilegnet seg grunnleggende ferdigheter som å lese og skrive før skaden. Man kan se dette i forhold til at afasi er en ervervet språkvanske (Corneliussen m.fl. 2006). Under emneområdet d, aktiviteter og deltagelse, finner vi kodene d140, lære å lese og d145, lære å skrive. Disse kodene finner man under overskriften grunnleggende læring. Dermed kan man si at ICF-kodene d140 lære å lese og 145 lære å skrive, ikke viser tilstrekkelig informasjon om afasi og heller ikke et viktig aspekt innen vansken. I kodeverket refereres det kun til grunnleggende læring og anvende kunnskap (Sosial og helsedirektoratet 2006), men ikke noe om relæring av ferdigheter, som å skrive og lese.

Det andre forholdet informant 5 vurderte, var kodene generelt sett. Informanten mente at kodene i ICF ikke er spesifikke og detaljerte nok i mange tilfeller. En ICF-kode inneholder altså informasjon om emneområdet, kapittel og hvilket nivå koden er på (Sosial og helsedirektoratet 2006). I kodeverket står det i tillegg definisjoner til hver enkelt kode, bortsett fra koder under emneområdet kroppsstrukturer. Man vil også finne hva som inngår i koden, inklusive, og hva som ikke inngår, eksklusivt, samt tap eller unormale forhold, avvik (Sosial og helsedirektoratet 2006). For eksempel, i definisjonen til b167, mentale språkfunksjoner står det følgende:

*”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) (...)” (Sosial og helsedirektoratet 2006, s. 54)*

Eksempelet viser hvordan koden blir definert og hva som legges i koden, og hva som ikke inngår i koden. Det viser også at det som ikke inngår i koden, kan kodes for seg selv under en annen kode. Informantene hadde ikke flere koder de ønsket å tilføye utvalget av kodene, og var fornøyde med det som ble presentert.

### *Dysleksi*

Utvalget av ICF-koder for dysleksi, ble vurdert av informantene som representerer fagområdet i dette prosjektet. Informant 1 forteller dette om utvalget av kodene:

*”... noen er litt på grensen til hva kanskje logopeder bør dukke ned i, men i hvert fall på Bredtvet så har vi psykologer i teamene, så til sammen kan et team for dysleksi godt uttale seg om disse tingene.”*

Kodene som det i sitatet refereres til, er for eksempel b117 intellektuelle funksjoner, b122 overordnede psykososiale funksjoner og b 126 temperament og personlighet. I utvalget av kodene for dysleksi var det viktig å få frem viktige aspekter ved vansken, som for eksempel at dysleksi er en lese- og skrivevansker som ikke knyttet til lav intelligens (Elvemo 2002) Disse kodene var henholdsvis brukt 26, 3 og 35 ganger fra fjorårets kodede rapporter (Berthelsen & Olsen 2007). Hvorfor enkelte koder som for eksempel b117 intellektuelle funksjoner er tatt med i utvalget av koder, kan relateres til tester som brukes på mennesker med dysleksi. En test som bør nevnes i denne sammenheng er WISC.

Informant 6 mente det manglet en rekke koder i utvalget av ICF-kodene. To koder informanten gjerne ville ha med, var b210 synsfunksjoner og b230 hørselsfunksjoner. Det ble fortalt at man ofte kartlegger både synet og hørselen i forbindelse med dysleksi. For å kunne eliminere slike forhold som kan påvirke lese- og skriveutviklingen til barn og unge, mener informantene at man ikke kan utelukke disse

forholdene. Dette er også et aspekt ved dysleksi; det er ikke relatert til en hørsel- eller synsvanske (Elvemo 2002). Kodene b210 synsfunksjoner og b230 hørselsfunksjoner fremkom fra de kodede rapportene henholdsvis 4- og 3 ganger (Berthelsen & Olsen 2007).

Under den andre intervjuunden, fortalte informant 6 at det også vektlegges å bruke andre sanser enn bare synet og hørselen for brukere som strever med ordavkodingen. Ved hjelp av finér bokstaver eller bokstaver med sandpapir, skal personen med dysleksi spore bokstaven med fingeren, ble det fortalt. En av årsaksforklaringene til dysleksi var vektleggingen av synet og hørselen (Elvemo 2002). Koden i ICF som kan benyttes for å dekke dette er b156 persepsjonsfunksjoner. Denne koden forekom til sammen tre ganger fra rapportene som ble kodet (Berthelsen & Olsen 2007).

Et annet området informant 6 savnet i utvalget av koder av matematikk/regning. Informanten begrunner hvorfor dette området er viktig for dysleksi på denne måten:

*”... altså det er så mange av elevene som har matematikkvansker, og i dag er det fokus på matematikk, ikke sant i skolen, det må vi for all del få mer om, men (...) for mange er det grunnleggende rett og slett at de ikke er god nok til å lese, og få innholdet med seg” (Informant 6)*

Til tross for at dysleksi og matematikkvansker synes ikke å ha en klar sammenheng (Dysleksisiden 2008), mener Lyster (2008) at dysleksi og matematikkvansker ofte opptrer samtidig. I ICF finner man ulike koder som kan være med å dekke dette området. Den første koden er b172 regnefunksjoner, d150 lære å regne og d172 regne. Av disse kodene finner man b172 og d150 fra de kodede rapportene hvor regnefunksjoner ble kodet to ganger og lære å regne kodet én gang (Berthelsen & Olsen 2007).

Informant 6 mener koden e125 produkter og teknologi for kommunikasjonsformål bør være med i utvalget av kodene i tillegg til kodene e115 produkter og teknologi til personlig bruk i dagliglivet og e130 produkter og teknologi for utdanningsformål (se vedlegg 3). Grunnen til dette er samfunnet vi lever i, mener informanten, hvor man

---

får skriftbasert informasjon overalt. Informant 1 sier også noe som omhandler dysleksi i et informasjonssamfunn:

*”... den største vanskeligheten med å ha dysleksi er at du blir veldig hemmet i det å kunne delta i dagens samfunn, som er så til de grader skriftlig, og jeg vet ikke om man sier vi lever i et informasjonssamfunn, det bare pøses på via internett og via tv, via (...) aviser (...) og hvis du da ikke greier å få tak i den informasjonen, så er du helt utenfor i samfunnet.”*

Sitatet til informant 1 viser hvor viktig det er for mennesker med dysleksi å få hjelpemidler slik at de kan delta i samfunnet på en likestilt og likeverdig måte. Det som vektlegges i koden e125 produkter og teknologi for kommunikasjonsformål, er utstyr, produkter og teknologi. Disse hjelpemidlene kan være tilpasset eller spesielt utformet, og som er i nærheten eller på personen som bruker den (Sosial og helsedirektoratet 2006). Ved hjelp av kommunikasjonsutstyr, kan mennesker med dysleksi få tak i denne informasjonen og formidle den videre. Dette henger sammen med tiltakene som settes i verk for mennesker med dysleksi. Ofte er tiltakene rettet mot teknologiske hjelpemidler, som for eksempel tekst-til-talesyntese, Daisy-bøker og skannerpenner (Utgård 2006a, Utgård 2006b). Dermed vil koden e125 være relevant for å dekke dette området.

Informant 1 mener det også burde være en kode som omhandler å forstå ytringer. Informanten nevnte ikke en spesifikk kode som kan dekke området å forstå ytringer. Den eneste koden som var tatt med i utvalget var d315 forstå ytringer uten ord. I klassifikasjonen vil man finne d310 forstå talte ytringer, d315 forstå ytringer uten ord, d320 forstå ytringer på tegnspråk, d325 forstå skriftlige ytringer og d329 forstå ytringer formidlet på en annen spesifisert eller uspesifisert måte (Sosial og helsedirektoratet 2006). Hvilken kode informant 1 ønsker å ha med av kodene som omhandler å forstå ytringer, er det imidlertid vanskelig å finne ut ved hjelp av de transkriberte intervjuene. Både d310 og d315 var koder som kom frem fra det forrige prosjektet (Berthelsen & Olsen 2007).

En annen kode informant 6 var spesielt opptatt av var b134 søvn. Begrunnelsen til dette er som følgende:

*”... unger som ikke sover om natta og sånne ting, de fungerer ikke på skolen (...) det er min erfaring fra tidligere som lærer...”*

Informanten forteller også at barn og unge som ikke får nok søvn, får heller ikke muligheten til å bli skikkelig uthvilt både fysisk og mentalt. Dersom man ikke er uthvilt, kan det føre til vansker med å konsentrere seg og følge med, mener informant 6. Dermed mener informanten at enkelte mister grunnlaget for å lære seg å lese og skrive. Det ble også nevnt flere koder som informant 6 ønsket å ha med i et utvalg av koder. Disse kodene vil ikke bli presentert i denne oppgaven, da de ikke viser til vesentlige aspekter innen dysleksi, men er mer rettet mot afasi. Dette henger sammen med at informanten ikke arbeider på dysleksiteamet og har arbeidet innen flere fagområder.

### *Stemmevansker*

Informant 3 sier dette om utvalget av kodene:

*”Og at jeg samtidig er litt redd for å trekke inn for mye utenom koder da, og at vi da kanskje burde holde oss til først og fremst det logopediske, men at naturligvis også ha med det som går på emosjonelle ting, temperament...”*

Informant 2 mener at kodene virker detaljerte med mange ord og uttrykk. Sitatet til informant 3 kan settes i sammenheng med at informanten kjenner ICF godt og ser en fare for at man lett kan glemme det logopediske i et utvalg av koder, da klassifikasjonen favner mange ulike sider ved mennesker. ICF er jo som nevnt ikke utformet og laget med tanke på det logopediske arbeidet, og dermed kan sitatet til informanten være en påminnelse om at man ikke glemmer fagfeltet. Hvilken kjennskap informantene har til ICF, ser ut til å påvirke vurderingen av utvalget av koder.

Et annet moment som kan være med å belyse informant 3 sitt sitat, er at prosjektet om å kode rapporter innen fagfeltet, er fremdeles under arbeid. Til tross for dette, var

---

utvalget av ICF-kodene et forsøk på å dekke det mest vesentlige ved de ulike formene for stemmevansker. De utvalgte kodene kan dermed gjenspeile at det fremdeles mangler enkelte koder, eller at noen koder ikke burde være med i dette utvalget for stemmevansker.

Informant 3 var også opptatt av dette:

*”Jeg tenkte nok som jeg sa litt før vi begynte her at dette er jo bygd på de rapportene som vi har skrevet og stemmer da ikke helt med det kjernesettet vi ville velge.”*

På grunn av at utvalget av kodene er basert på gamle rapporter, mener informanten at et nytt utvalg av koder vil være mer hensiktsmessig. Dette kan sees i sammenheng med at begge informantene nevner spesielt VHI-skjemaet, hvor brukeren selv skal vurdere stemmen sin. Brukeren skal også vurdere de emosjonelle og funksjonelle sidene ved stemmevansken også (Hogikyan & Rosen 2002). Når det gjelder de emosjonelle sidene ved å ha en stemmevanske, er det i utvalget av ICF-kodene ikke tatt med en kode som dekker dette området. En kode som synes å være relevant til dette er b152 emosjonelle funksjoner. Denne koden kom imidlertid ikke frem fra rapportene som er kodet.

Under intervjurunde to presenterte informant 3 en artikkel som er skrevet av Estella, Edwin & Abbott (2007). Denne artikkelen, ”Application of the ICF in voice disorders”, inneholder et ”kjernesett”<sup>7</sup> av koder som er mer rettet mot VHI-skjemaet. I tillegg til kodene i artikkelen, ønsker informanten å legge til noen koder, men dette er noe vedkommende fremdeles arbeider med. I dette ”kjernesettet” er det flere koder innen emneområdene aktiviteter og deltagelse (d) og miljøfaktorer (e), enn i utvalget av koder som informantene fikk utdelt. Til sammen er det kun én kode som forekom i begge utvalgene fra kroppsfunksjoner (b), en kode fra domenet kroppsstrukturer (s),

---

<sup>7</sup> Kodene fra artikkelen kan man finne i vedlegg nr. 5. Dettet settet av koder til heretter kalles ”kjernesett” for å skille mellom eget utvalg av koder, og koder fra artikkelen.



fire koder innen aktiviteter og deltagelse (d), og to koder fra miljøfaktorer (e).

Kodene som forekom i begge settene er b310, b340, d330, d350, d920, d850, e260 og e580.

Informant 2 sier dette om hvordan stemmevansker kan oppleves:

*"(...) altså ved en stemmevanske... noen opplever det at det ikke er noe problem for dem, mens en annen som kan for så vidt ha de samme symptomene kan oppleve det helt annerledes og føle at det er veldig reduserende eller pinlig (...). En som har fått dårlig stemme som går hjemme og ikke er så mye i kontakt med folk, som ikke tenker så mye over det, men andre kan rett og slett bli sykemeldt og ikke klare jobben med samme type vanske."*

Dette sitatet viser hvor forskjellig stemmevanskene kan oppleves og hvilke konsekvenser det kan få dersom brukeren er ute i arbeidslivet. Utvalget av kodene dekker kun et forhold som kan påvirke stemmen i for eksempel arbeidslivet, e260 luftkvalitet. I "kjernesettet" fra artikkelen er det blant annet tatt med e225 klima og e250 lyd (Estella, Edwin & Abbott 2007). En kode som er mer rettet mot tiltakssiden av en rapport er e125 produkter og teknologi for kommunikasjonsformål. Dette kan også relateres til det sosiale livet eller arbeidslivet. I artikkelen finner man også enda en kode som er rettet mot kommunikasjon som for eksempel d360 bruke kommunikasjonsutstyr og –metoder. En annen kode som også er tatt med i artikkelen, er d845 skaffe seg, beholde og avslutte et arbeidsforhold (Estella, Edwin & Abbott 2007). For informant 3 vil ikke utvalget av kodene være tilstrekkelig og dekker heller ikke de vesentlige aspektene ved stemmevansker, da det mangler en del koder som passer til VHI-skjemaet.

## 6.2 Dekker kodene områdene logopedene vil ha i en rapport?

For å besvare spørsmålet om kodene dekker områdene logopedene vil ha i en rapport, kan dette sees i forhold til hva logopedene skriver i rapportene og hva de ser etter når de utreder en bruker. På denne måten kan man få et bilde av hva det blir lagt vekt på,

---

og hva logopedene vil ha i en rapport (se vedlegg 1, intervjuguide 1). Rapportene som skrives på Bredtvet kan kort oppsummeres på denne måten: en del med beskrivelse, deretter konklusjon og tilråding/tiltak.

### *Afasi*

Under det første intervjuet ble informantene spurt om hensiktene med rapportene som skrives på Bredtvet. Informant 4 forteller dette om hensikten med rapporteringen:

*”Det er å synliggjøre det som er funnet her. Ofte så finner vi muligheter som dem (logopedene ute i kommunene) ikke har sett eller har tenkt på.”*

Videre forteller informanten at det i rapportene også skal skrives om råd og tips til å fortsette undervisningen ute i kommunene. Både informant 4 og informant 5 nevner at oppgaven deres er å veilede logopedene ute i distriktet, og det gjøres når undervisningen av de afasirammede har stoppet opp et sted, eller når logopedene trenger nye innspill. Bredtvet kompetansesenter skal som nevnt drive tiltaksrettet utredning, rådgivning og veiledning (Bredtvet kompetansesenter 2008b), og dette kan være med å belyse hvorfor informantene nevner hvilke arbeidsoppgaver de har.

Rapportene som skrives skal i følge informant 4 (se sitat over) altså synliggjøre funnene. Dette sier oss noe om at det foregår utredningsarbeid og kartlegging av brukerne som komme til Bredtvet. Hva logopedene ser etter når de utreder, er blant annet rester av språket, hvilke funksjoner som er relativt bevart, hva brukeren mestrer, om brukeren er motivert for å trene og hva brukeren selv ønsker å jobbe med. Dette kan sees i sammenheng med hva logopedene skriver i rapportene.

Informant 4 skriver i rapportene om de fire vanskeområdene med språket og hva som prøves ut fra vanskeområdene og hva som kan fungere. Informant 5 skriver også om de lingvistiske følgende ved afasi, men er i tillegg opptatt av å se på de psykososiale følgende. Verken informant 4 eller informant 5 hadde noe å tilføye på dette med språk i utvalget av koder. I utvalget av ICF-kodene om afasi er det en rekke koder hvor språket er sentralt (se vedlegg 3):

Tabell 5: Språkrelaterte koder i ICF.

Kode	Domene
b167	Mentale språkfunksjoner
d140	Lære å lese
d145	Lære å skrive
d166	Lese
d170	Skrive
d310	Forstå talte ytringer
d315	Forstå ytringer uten ord
d325	Forstå skriftlige ytringer
d335	Ytre seg uten ord
d345	Ytre seg skriftlig

Informant 5 har tidligere laget et forslag til ICF-koder<sup>8</sup>, hvor samtlige koder fra tabellen var med. Kodene som ble oftest brukt fra de kodede rapportene var b167 mentale språkfunksjoner (209 ganger), d335 ytre seg uten ord (30 ganger) og d140 lære å lese (26 ganger). Kodene fra de kodede rapportene ble også presentert som femtegnskoder og sekstegnskoder (Birkenes 2007).

Informant 5 var som nevnt også opptatt av hva brukeren selv var motivert for å jobbe med og de psykososiale følgene av afasi. I utvalget av kodene finner man motivasjon (b1301) under b130 energi og handlekraft og kodene b126 temperament og personlighet og b152 emosjonelle funksjoner. De emosjonelle funksjonene som er nevnt i ICF er, for å nevne noen, tristhet, lykkefølelse, frykt, sinne, kjærlighet, anspenhet, glede, sorg (Sosial og helsedirektoratet 2006).

De afasirammede som kommer til Bredtvet, er der ofte på ukesopphold, forteller informant 4. Videre forteller informanten at tiden blir brukt til å kartlegge og drive utprøvende undervisning. De ønsker også å veilede den lokale logoped og de pårørende. Tester og kartleggingsmaterieell som brukes på Bredtvet ble presentert tidligere i oppgaven. Et kartleggingsmateriale er VASAS. Dette kartleggingsmaterialet kan knyttes mot ICF-koden b152 emosjonelle funksjoner. En annen test som man også kan relateres til ICF, er PALPA. PALPA er ifølge Ross & Wertz (2005) en test som passer under kroppsfunksjoner (b), da den måler om

<sup>8</sup> Utvalget av kodene til informanten blir ikke presentert i denne oppgaven. De ble kun nevnt for å vise at informanten ville brukt de språkrelaterte kodene i et utvalg av koder.

---

generelle språkfunksjoner eksisterer. En kode som synes å være relevant til dette er b167 mentale språkfunksjoner. Mackie & Kagan (2007) mener logopedene har en rolle når man snakker om å behandle funksjoner som er inkludert under emneområdet kroppsfunksjoner (b), som for eksempel koden b167.

### *Dysleksi*

Hensikten med å utrede brukerne som kommer til Bredtvet er i følge informant 1:

*”... for når det gjelder kunnskap om språk- og talevansker så kommer ikke folk høyere opp i noe system her i Norge enn når de kommer til Bredtvet, så her må vi virkelig kunne findiagnostisere for å finne ut hva vansken består i (...) og det andre er at vi må ha god og hele tiden oppdatert kunnskaper om hva som er de riktige og gode tiltakene for disse menneskene.”*

Videre forteller informanten at kompetansesenteret har en rekke tester slik at de kan gå skikkelig i dybden på problematikken, og at enkelte av disse testene ikke brukes ute i kommunene da de er for tidskrevende. Dette gjenspeiler hva som skrives i rapportene etter en utredning. Informant 1 mener det er viktig å skrive en grundig og fylldig beskrivelse om hva som er gjort, hvilke tester som er brukt og hvorfor disse testene er brukt. Informant 6 mener også man må skrive om resultatene man har kommet frem til, samt observasjoner. Spørsmålet blir da om ICF-kodene dekker dette området om kartlegging og testing.

Som det allerede er nevnt, er WISC en intelligens test som måler de kognitive evnene til barn og unge, hvor koden b117 intellektuelle funksjoner synes å være relevant. En annen kode som synes relevant i forhold til ulike tester innen dysleksi, er b167 mentale språkfunksjoner. Detaljeringsmulighetene for koden er b1670 oppfatte språk og b1671 uttrykke språk. På aktiviteter og deltagelse finner man også koder som kan være relevante for ulike tester innen dysleksi.

Å bruke overskriftene i kodeverket har informant 1 problematisert noe. Informanten mener enkelte betegnelser på kodene er for overordnet, for eksempel b130 energi og handlekraft. Det man kanskje først og fremst er ute etter i denne koden er b1301

motivasjon. På bakgrunn av dette kan man si at kodene ikke er spesifikke nok men dette kan også henge sammen med at kodene ble presentert på 3.nivå (firetegnskode). Et eksempel på dette er følgende: Under *grunnleggende læring* finner man kodene d140 lære å lese og d145 lære å skrive. Disse kodene ble til sammen brukt 75 og 53 ganger fra de to måtene rapportene ble kodet (Berthelsen & Olsen 2007). Koder man finner under *anvende kunnskap*, er blant annet d166 lese og d170 skrive. Det som skiller d140 lære å lese og d166 lese, kan synliggjøres dersom man leser beskrivelsen av kodene:

*”d140 lære å lese: Utvikle ferdighet til å lese skriftlig materiale (herunder blindeskrift) flytende og nøyaktig, gjenkjenne bokstaver og alfabet, fremsi ord med korrekt uttale, og forstå ord og fraser” (Sosial og helsedirektoratet 2006, s. 112).*

*”d166 lese: Forstå og fortolke skriftspråk, som i bøker, veiledninger eller aviser, med vanlig skrift eller blindeskrift” (Sosial og helsedirektoratet 2006, s. 112).*

Forskjellen viser at d140 omhandler å utvikle en ferdig som i dette tilfellet dreier seg om lesing, mens koden d166 sier noe om å bruke ferdigheten.

### **Stemmevansker**

Informant 2 sier dette om hensikten med rapportene som skrives:

*”(...) så er det viktig å sende tilbake at vedkommende har vært her, og at vedkommende er undersøkt (...) diagnosen er jo viktig.”*

Innholdet i rapportene som skrives bør sees i forhold til hvem som er mottaker, noe både informant 2 og 3 er svært opptatt av. Det er ikke bare helsetjenesten som henviser brukere, men også andre logopedier forteller informantene. De fleste brukerne som henvises til stemmeteamet på Bredtvet, blir henvist fra helsetjenesten (Bredtvet kompetansesenter 2008b).

Når logopedene undersøker en bruker som kommer til Bredtvet, er de særlig opptatt av å bruke VHI-skjemaet, noe begge informantene forteller. Informant 2 er ikke bare opptatt av selve stemmevansken, men også den kognitive forståelsen av

---

problematikken. VHI-skjemaet skal brukeren selv besvare. Den subjektive rapporteringen er noe som også vektlegges i rapportene som skrives, noe informant 2 forteller:

*”Ellers så har vi jo VHI-skjema da, som også er veldig god bakgrunn for funksjonsnivå som vi der innarbeider i rapportene.”*

VHI-skjema kan som sagt benyttes for brukere som har enten organiske- eller funksjonelle stemmevansker, men særlig i forhold til brukere med funksjonelle stemmevansker synes det nyttig. Dette på grunn av at skjemaet kan være med å gjøre brukeren bevisst på hvordan stemmen brukes og hvordan den påvirker det psykososiale livet.

Informant 2 forteller at VHI-skjemaet ikke bare brukes under utredningen, men at det i enkelte tilfeller også sendes ut en stund etter behandlingen. Videre blir det fortalt at på denne måten kan logopedene sammenligne poengsummene fra det første skjemaet og skjemaet som ble sendt. På grunn av vektleggingen av VHI-skjemaet i rapportene som skrives, vil det også være interessant om ICF-kodene dekker de ulike aspektene som blir tatt opp i VHI. Det vil dermed være hensiktsmessig å bruke ICF-kodene fra artikkelen til Estella, Edwin & Abbott (2007), og se det opp mot utvalget av koder informantene fikk utdelt.

I utvalget av koder for stemmevansker var det kun fire koder fra emneområdet miljøfaktorer (e). Dette emneområdet legges det spesielt vekt på i artikkelen, og man vil finne en rekke koder fra dette området. En kode fra ”kjernesettet” som ikke er tatt med i utvalget av koder som informantene ble presentert, er e125 produkter og teknologi for kommunikasjonsformål. Enkelte mennesker med stemmevansker trenger hjelpemidler til å kunne kommunisere med andre. Dette kan også relateres til yrker, som for eksempel lærere som har et stemmekrevende yrke (Bredtvet kompetansesenter 2008a). Dette kan sees på som et tiltak, og synes å være relevant i rapportens del om tilrådning eventuelt i rapportens del om konklusjon.

Andre koder i ”kjernesettet” tar for seg ulike forhold som kan påvirke stemmen; e225 klima, e250 lyd og e260 luftkvalitet (e260 var også med i utvalget av kodene). For

eksempel, koden e250 lyd er relevant for stemmevansker på grunn av måten man bruker stemmen der det er støy. Støy er dermed en faktor som kan føre til uhensiktsmessig bruk av stemmen, og at man kan utvikle en funksjonell stemmevanske (Bredtvet kompetansesenter 2008a). Denne koden kan sees i sammenheng med spørsmål tre i VHI-skjemaet: ”Folk har vanskelig for å forstå meg i et rom med støy” (vedlegg 4).

I forbindelse med utredninger av brukerne, forteller informant 2 dette:

*”Vi spør jo også om det er noe som er hendt i forbindelse med at de mistet stemmen eller ting skjedde med stemmen”.*

VHI-skjemaet tar som sagt for seg de emosjonelle, funksjonelle og fysiske aspektene ved stemmevansker. Aronson (1980) skriver at en vanlig årsak til fonasteni er emosjonelle forhold. Koden som synes relevant for dette formålet er b152 emosjonelle funksjoner. Emosjonelle funksjoner er for eksempel lykkefølelse, angst, frykt, sinne, har, glede, sorg, anspenhet (Sosial og helsedirektoratet 2006). Dette sitatet til informant 2 kan være med å belyse hvorfor de emosjonelle forholdene er av betydning for mennesker med stemmevansker. For eksempel, mennesker som opplever noe traumatisk, kan etter en stund utvikle en funksjonell stemmevanske som for eksempel afoni og fonasteni.

### 6.3 Analyse av hvorvidt ICF er anvendbar

I operasjonaliseringen av begrepet ”egnet” er det lagt vekt på om klassifikasjonen er både tilstrekkelig og anvendbar i forhold til logopedisk arbeid. Begge disse begrepene har igjen blitt operasjonalisert, og i begrepet anvendbar er det lagt vekt på disse aspektene: nytt mål på helse, nivåer i ICF, modifikatorene og hvordan lage ICF-mal på rapportering. Nytt mål på helse kan knyttes mot spørsmålet B3 i intervjuguide 2 (vedlegg 2), hvor informantene blir spurt om det er forskjell på hvordan de tenker, og tenkningen som er lagt til grunn i ICF (at klassifikasjonen er en biopsykososial modell). For å besvare dette, blir det satt i sammenheng med hvordan informantene

---

svarer på spørsmålet B3, i tillegg til andre utsagn etter spørsmålene B1 og C1 (vedlegg 2). I det andre intervjuet ble informantene spurt om hva de mener om de ulike detaljeringsmulighetene i ICF (vedlegg 2, punkt E). Dette kan besvares ved hva informantene svarte på spørsmålet om ICF`s nivåer, og i tillegg til hva som skrives i rapportene.

Under punkt F i intervjuguide 2, er det en rekke spørsmål om modifikatorene i ICF. Hva informantene svarer om dette, kan også sees i lys av kartleggingsmateriellet som brukes av logopedene. Det siste punktet under operasjonaliseringen av begrepet anvendbar, er hvordan man kan lage ICF-mal på rapportering. For å besvare dette vil det være hensiktsmessig å se hva informantene svarer på spørsmål 11 i intervjuguide 1 (vedlegg 1), og spørsmålene under punkt G i intervjuguide 2 (vedlegg 2).

### 6.3.1 Nytt mål på helse

Ved en ny klassifikasjon, følger det også en ny tenkning. Informant 3 sier dette om miljøfaktorene som er et av de nye aspektene ved ICF:

*”(...) jeg ser jo at vi har en jobb å gjøre (...) gå litt mer inn i det som går på miljøfaktorer også aktiviteter og deltagelse... samtidig, vi har nok tenkt helhet og hatt mye stoff rundt det og, men i liten grad rapportert så mye på det.”*

ICF er som nevnt en biopsykososial modell, hvor man har muligheten til å klassifisere aktiviteter og deltagelse (d) og miljøfaktorer (e). Med en ny klassifikasjon vil det også være naturlig å se mennesket i et nytt perspektiv. Noe av det nye med ICF, er at man klassifiserer miljøfaktorer. Disse miljøfaktorene kan påvirke aspektene av funksjon og funksjonshemming (Sosial og helsedirektoratet 2006). Dette kan være relevant i forhold til hvordan man skal ta i bruk ICF på Bredtvet.

Sitatet viser at selv om ikke miljøfaktorene har fått så stor plass i rapportene, har likevel logopeden hatt en helhetlig tenkning når det gjelder å se et menneske med dets vansker. Informant 3 mener at hensikten med en helhetlig tenkning, er å få et mer sammensatt bilde av diagnosen og faktorer som virker inn på problematikken.



Informant 2 forteller også at brukeren blir sett i et helhetlig perspektiv, hvor stemmevanskene er det primære, men at informanten også er opptatt av hvordan det påvirker personen og omgivelsene rundt brukeren med stemmevansker. Med helhetlig tenkning, blir det i denne sammenheng referert til å se mennesket i en bredere kontekst; aktiviteter og deltagelser (d) og miljøfaktorer (e).

Det informantene fra stemmeteamet sier om en helhetlig tenkning, er interessant å se i forhold til hva informant 5 fra afasiteamet sier om å bruke ICF:

*”(...) at vi kanskje blir tvunget i litt større grad til å se en helhet, fremfor kanskje å bare se det språklige da.”*

Sitatet sier oss også at kanskje enkelte logopeder er for fokusert på å se kun det logopediske, som for eksempel språk, slik at den helhetlige tenkningen blir satt i andre rekke. Det sier oss også at enkelte ikke har vært så opptatt av miljøfaktorer og hva som kan påvirke brukeren. Sitatene til informant 3 og 5 viser også at enkelte logopeder på Bredtvet allerede tenker helhetlig i forhold til hvilket fagområde og problematikk de arbeider med. Dette kan være med å belyse hvorfor utvalget av kodene for afasi ikke dekker så mange aspekter innen miljøfaktorer. I alt var det kun 7 koder innen miljøfaktorer (e) fra de utvalgte kodene om afasi (Birkenes 2007).

Informant 6 var også svært opptatt av miljøet rundt individet. I det første intervjuet ble det fortalt at informanten over lengre tid hadde arbeidet etter gap-modellen. Videre ble det nevnt at modellen danner det filosofiske grunnlaget for Hjelpemiddelsentralen. Gap-modellen er en måte å definere funksjonshemming på. I samfunnet stilles det funksjonskrav til aktiviteter, og for å kunne delta i samfunnets aktiviteter, må det være samsvar mellom personens forutsetninger og funksjonskravene. Funksjonshemming blir da sett på som summen av aktivitetsproblemer; misforholdet eller ”gapet” mellom personens forutsetninger og kravene som stilles i samfunnet for å kunne delta i aktiviteter (Lie 1996). Gap-modellen samsvarer godt med hvordan man definerer funksjon og funksjonshemming i ICF. I likhet med Gap-modellen blir også kontekstuelle faktorer som for eksempel miljøet og personlige faktorer, satt i sammenheng med hvordan dette kan påvirke en

---

persons helsetilstand (Sosial og helsedirektoratet 2006). Med andre ord, man ikke se individet uavhengig av samfunnets- og miljøets krav.

### 6.3.2 ICF`s nivåer

I ICF er som sagt mulig å kunne velge hvor detaljert man vil være i en kode. Informantene ble under intervjurunde to spurt om hva de mente om denne muligheten til å velge hvor detaljert de vil være. Informant 1 forteller dette i det andre intervjuet:

*”jeg synes man skal være så detaljert så mulig, og skal så langt ned på nivå som mulig, fordi det, jeg tror man vil komme nærmere og nærmere kjernen av problemet jo lenger i nivå man kommer og jo flere sånne sifre man kan sette på en sånn kode, så tror jeg du er kommet... kommer så nær det er mulig en riktig diagnose.”*

I sitatet legges det altså vekt på å komme frem til en riktig diagnose, og at det kan gjøres ved å være så detaljert som mulig i klassifikasjonen. Informant 4 er også opptatt av å være så konkret og detaljert som mulig, men stiller også et spørsmålstegn dersom man må ned på det laveste nivået i alle tilfeller. Dette fordi det vil være mer relevant for enkelte logopedar å bruke de laveste nivåene (detaljeringsmulighetene) i ICF for å beskrive en bruker, men ikke nødvendigvis for alle.

Dersom man ser sitatet til informant 1, vil det være naturlig å tenke at det i etterkant vil foregå en vurdering av kodene og en vurdering om de utvalgte kodene dekker de vesentlige aspektene for å komme til en riktig diagnose. I tillegg kan dette også tolkes som at man ønsker å bruke ICF til å vurdere en diagnose. Dette samsvarer ikke med hvordan man skal bruke klassifikasjonen til. ICD-10 og ICF er som nevnt klassifikasjoner som skal utfylle hverandre. Helsetilstander blir klassifisert i ICD-10, mens ved hjelp av ICF skal man kunne sette tilstandene som er klassifisert i ICD-10 i en helsemessig, sosial og miljømessig sammenheng (Sosial og helsedirektoratet 2006). Med andre ord, ICF er ikke et diagnosesystem.

Informanten 1 sine meninger om nivåene i ICF kan og sees i forhold til begrensningene innen ICF. Dette kan være med å belyse aspekter innen klassifikasjonen for å få en bedre forståelse av kodeverket. En av begrensningene

innen kodeverket, er at det ikke er et vurderingsverktøy til å skaffe vurderingsprotokoller eller spesifikke målinger.

*”In addition, it does not assist the speech-language pathologist in selecting the most salient assessment areas or areas of possible intervention” (Threats & Worrall 2004, s.59).*

Dette kan problematiseres noe i forhold til informant 1. Dersom ICF ikke er et vurderingsverktøy, kan man da bruke klassifikasjonen til å vurdere om man har kommet frem til en riktig diagnose og nærmere kjernen av problemet?

Bruksområdene for ICF kan kort oppsummeres på denne måten. Klassifikasjonen kan brukes som et verktøy for (Sosial og helsedirektoratet 2006):

- statistikk
- forskning
- klinisk verktøy; behovsanalyser, rehabilitering og bedømmelse av tiltakenes virkning
- verktøy for sosialpolitikk

Et interessant moment er at ingen av informantene savnet noen underkategorier i kodene. Likevel, informant 3 og 5 mente at kodene ikke var spesifikke nok. Enkelte koder i ICF er for vide til at man kan identifisere spesifikke kommunikasjonsvansker eller begrensninger innen kommunikasjon. Dersom en offisiell, anerkjent organisasjon av WHO eller annen forskning viser til manglende underkategorier i klassifikasjonen, kan man tillegge nye underkategorier i koder hvor det trengs. På denne måten kan for eksempel koden b176 styring av sammensatte bevegelser, som ikke har noen underkategorier, gjøres mer spesifikk ved å legge til b1761 verbal apraksi, b1762 en annen form for apraksi osv. (Threats & Worrall 2004). Dette sier oss noe om at klassifikasjonen fremdeles kan gjøres mer spesifikk.

Selv om enkelte informanter ikke var helt tydelige angående nivåene i ICF, kom det likevel frem at alle logopedene var opptatt av å beskrive brukerne sine på en detaljert og grundig måte i rapportene. De var også opptatt av å kartlegge brukerne med ulike

kartleggingsmaterialer slik at de i etterkant kan få en bedre forståelse av vanskene den enkelte brukeren har. Informant 3 forteller dette om rapportene som skrives:

*”... jeg vil ha med litt fra VHI`en og hvordan de opplever det i forhold til hvor stort det handikuppet er da. Det er punkt en. Så vil jeg alltid ha med litt samtale, litt fra samtaledelen. Og det de opplever selv på det, og så er det for så vidt ganske kort sånn jeg bruker å skrive om utredningen, men jeg holder meg da ganske klart til hva det var jeg så, og der jo både i forhold til lesing, litt spontantale, de her små testene vi gjør på det...”*

Ved hjelp av dette sitatet er det lettere å forstå at logopedenes rapporter er både detaljerte og utfyllende i forhold til hva som er gjort under utredningen, og hvilke funn man har kommet frem til. Dersom man i rapportene velger å skrive om at en bruker er motivert for behandlingen, kan koden b130 energi og handlekraft bli for overordnet. Det vil dermed være hensiktsmessig å skrive b1301 motivasjon i stedet, dette for å vise konkret hva man mener.

### **6.3.3 Modifikatorene**

Et annet aspekt ved ICF er bruk av modifikatorer. Informantene, utenom én virket positive til å bruke modifikatorene til å gradere de enkelte områdene innen en vanske. For informant 4 er det ikke aktuelt å gradere for eksempel en vanske innen afasi:

*”For mitt fagfelt så syns ikke jeg det er spesielt heldig. (...) Det ville være veldig individuelt hvordan en vanske oppleves og at jeg syns ikke vi har rett til å bestemme hvor alvorlig den er på en måte, altså hvor stor en afasi er... hvor stor en afasi oppleves, det vil jo altså avhenge hva bruker man språket til og hvordan bruker språket... jeg tror det ikke er hensiktsmessig å kategorisere det fra en til fem hvor alvorlig en afasi er for eksempel.”*

For at en ICF-kode skal være fullstendig, må man, som nevnt tidligere i oppgaven, tillegge ICF-koden en modifikator. Modifikatorene er i de fleste tilfellene en gradering av et aktuelt helse relatert forhold. For emneområdet aktiviteter og deltagelse (d) er det to modifikatorer; utførelse og kapasitet. For miljøfaktorer (e) finnes det to skalaer; en negativ og en positiv skala. Disse skal vise om

miljøfaktorene virker hindrende eller fremmende for brukeren (Sosial og helsedirektoratet 2006).

Dette sitatet til informant 4 belyser bruken av modifikatorene som et negativt aspekt ved ICF. Samtidig gjenspeiler det også at hver enkelt logoped har sin egen måte å jobbe på, og hva de vektlegger under utredningen og rapporteringen varierer også. Måten informant 4 jobber på, skiller seg fra det som vektlegges på stemmeteamet, hvor logopedene er vant til å gradere brukerne sine.

Informant 2 sier at det foregår gradering av brukerne med stemmevansker, og kunne dermed like å forholde seg til modifikatorene. Sett i forhold til VHI-skjemaet, mener informant 3 at graderingen allerede ligger i språket og kunne tenke seg å bruke det dersom man kom til en enighet om at modifikatorene i ICF skal brukes i rapportering. Informantene ved stemmeteamet var positive til å bruke modifikatorene i ICF. Dette kan sees i sammenheng med VHI-skjemaet. I VHI-skjemaet kan brukeren selv rapportere hvor stor stemmevansken oppleves og føles. Dette gjøres ved disse graderingene: aldri=0, nesten aldri=1, noen ganger=2, nesten alltid=3 og alltid=4. Dersom man ser graderingene i VHI-skjemaet i sammenheng med en modifikator-skala i ICF, vil man se at det er visse likheter mellom graderingene. Et eksempel på en modifikator-skala fra ICF er:

*Tabell 6: Modifikator-skala*

.0	Intet problem	0-4%
.1	Lite problem	5-24%
.2	Middels problem	25-49%
.3	Stort problem	50-95%
.4	Totalt problem	96-100%
.8	Uspesifisert problem	
.9	Ikke anvendbar	

.8 uspesifisert og .9 ikke anvendbar kan ikke presenteres i prosenter (Sosial og helsedirektoratet 2006).

---

Bruken av modifikatorene, vil i de fleste tilfeller være subjektiv. Informant 1 mener den enkelte logoped er vant til å vurdere en bruker, men samtidig blir det også sagt at det kanskje kunne være hensiktsmessig å beskrive modifikatorene slik at det blir gjort mest mulig likt. En informant mener man bør komme til en felles konsensus, er informant 3. Det blir også fortalt at stemmetemaet har arbeidet sammen om å komme frem til hva som for eksempel er en svak grad av heshet osv. Hva som legges i en liten vanske eller stor vanske, må den enkelte logoped selv avgjøre. Det at bruken av modifikatorene i stor grad vil avhenge av hver enkelt logoped og en subjektiv oppfatning av en vanske, kan problematiseres dersom man ser det i forhold til personlige faktorer som er en del av de kontekstuelle faktorene. De personlige faktorene kan ikke klassifiseres i ICF på grunn av store kulturelle og sosiale variasjoner og oppfatninger av dem (Sosial og helsedirektoratet 2006). Det kan også tenkes at den enkelte logoped også vurderer sine brukere etter kulturelle og sosiale oppfatninger.

Informantene ble også spurt om når de ville brukt modifikatorene; fortløpende under en utredning, i etterkant, eller under rapporteringen. De som er positive til å bruke graderingen var enige om at det ville variere, men stort sett ville de gjort det både under utredningen og i rapporteringen. Informant 3 forteller at det vil variere når man graderer, men i mange tilfeller tar informanten brukeren med når stemmen skal vurderes, for eksempel ved leseprøven eller MDVP, hvor man får en grafisk fremstilling av stemmen. Informant 1 sier dette om når man skal gradere en vanske:

*”Det kommer an på, det kan godt hende at det blir at jeg syns det er veldig klart og tydelig under utredningen om at jeg gjør meg noen notater om det, men samtidig så har jeg sikkert også gjort en del tester og undersøkelser (...) og når jeg får summert opp de og sett på resultatene og sammenholdt resultatene så ville jeg nok si at jeg nok ville satt en vurdering på grad av svakhet eller styrke...”(Informant 1).*

En gradering av brukeren kan altså gjøres både under utredningen og i etterkant. Dette henger også sammen med testene logopedene bruker for å kartlegge brukeren med dens vansker, og det vil være opptil logopedene når man skal sette en gradering på en vanske.

### 6.3.4 Hvordan lage ICF-mal for rapportering

Innholdet i rapportene som skrives på Bredtvet varierer fra fagområde til fagområde. Dette er noe informantene selv forteller og de nevner også at rapportenes lengde varierer. Informantene fra stemmeteamet forteller at rapportene som skrives ofte er korte, men at det henger sammen med tidspresset og tidsbruken til logopedene. Å komme frem til en mal som Bredtvet kan bruke i utredningsarbeid og rapportering, blir dermed utfordrende på grunn av ulike forhold som for eksempel rapportenes lengde og rapportenes innhold. I årsplanen for Bredtvet 2008 er en av aktivitetene utprøving av ICF. Spørsmålet blir da hvordan man kan lage en ICF-mal for rapportering.

Hvordan Bredtvet vil fremstå utad var informantene 1 og 4 spesielt opptatt av. Dette kan synliggjøres ved hva informant 1 svarer på spørsmålet om ”hvilke tanker har du om at Bredtvet i fremtiden bruker en fast mal på rapportering?” (se vedlegg 1):

*”Det syns jeg hadde vært veldig fint for da syns jeg vi fremstår utad som mye mer helhetlig og at Bredtvet har tenkt nøye igjennom hva det er de gjør og trukket noen konklusjoner på at sånn vil vi gjøre det, sånn vil vi fremstå.”*

I intervjurunde 1 ble informantene spurt om hva de mener om å ha en fast mal for både utredningsarbeid og rapportering. Dette ble gjort på grunn av at det ville være interessant å se hva informantene mente om dette og hvordan man videre kunne lage en mal på rapportering. Sitatet til informant 1 kan sees sammenheng med at senteret har syv forskjellige fagteam hvor det arbeides på tvers av teamene. Aktivitetene til teamene er utredning og rådgiving, kompetanseutvikling og kunnskapsformidling (Bredtvet kompetansesenter 2008b). Dermed kan en fast mal på rapportering være med å synliggjøre Bredtvet som en samlet enhet.

Et annet moment informantene nevner, er å ha ”faste knagger” å forholde seg til i rapporten. Det ble også nevnt at ved en fast mal, får man en sjekklister slik at man ikke utelater eller glemmer enkelte momenter. Det var også en felles enighet blant de 6 informantene om at en fast mal vil gjøre rapportskrivningen lettere. Den eneste

---

informanten som nevnte et kritisk moment med en fast mal, er informant 4. Informanten forteller at logopedene ikke må bli hindret i å skrive relevante faktorer for brukerne sine i den faste malen. Logopeden stiller seg også kritisk til en rigid mal, som fører til at rapportene må inneholde momenter som ikke relevante for den enkelte brukeren. Informant 6 nevnte at fordelene med en fast mal, er at det gjør det mulig å samle inn data til forskning og utviklingsarbeid på en enkel måte.

Informant 1 mener at ved hjelp av en mal på rapportering etter ICF, kan man legge inn kodene i den nye databasen som Bredtvet holder på å utvikle. Enkelte informanter mener teamene bør sette seg sammen, og komme frem til et sett ICF-koder som kan brukes i fremtidig utredningsarbeid og rapportering. Et av satsningsområdene for Bredtvet er å utvikle og implementere Bredtrets logobase, som er en elektronisk database (Bredtvet kompetansesenter 2008b). De utvalgte kodene logopedene fikk utdelt, kan være et skritt nærmere for å ta i bruk ICF i den nye databasen.

Informantene var som nevnt positive til å ta i bruk en mal på rapporteringen. Likevel finnes det forskjellige maler, og informantene var usikre på om det burde utarbeides et rapporteringsskjema eller en rapport som er bygd opp etter ICF. Informant 4 sier noe om bruk av skjema:

*”... jeg tror hvis du har en ferdig utfylt rapport, et skjema hvor en bare skal fylle ut (...) så vil man miste en del også tror jeg.”*

I det andre intervjuet med informant 5, ble det vist to forskjellige måter å rapportere ved hjelp av ICF. Det ene var et skjema som Sunnaas sykehus avdeling Askim har tatt i bruk. I dette skjemaet er det listet opp ulike ICF-koder, hvor man skal krysse av hvilken kode som er relevant og hvilken modifikator man vil tillegge koden.

Informant 4 mener altså at man mister viktig informasjon ved et skjema. Dette kan sees i forhold til at informanten gjerne ville hatt mulighet til å skrive rapportene i prosa, og ikke bare kodene.

Informant 5 viste under det andre intervjuet, hvordan en tverrfaglig sluttrapport, som er skrevet ved Lade rehabiliteringssenter i Trondheim, så ut. Ved rehabiliteringssenteret blir ICF brukt til tre formål; 1) kartleggingsskjema, 2)



tverrfaglig sluttrapport og 3) funksjonsbeskrivelser (Rolstadås 2004). Rapporten er hovedsakelig delt inn i emneområdene kroppsfunksjoner (b), kroppsstrukturer (s), aktivitet og deltagelse (d) og miljøfaktorer (e). Det ble blant annet også opplyst om henvisningsinstans, årsak til henvisningen, brukerens eget ønske. I tillegg til dette stod det også skrevet om delmålene for rehabiliteringen, hvilket tiltak som synes hensiktsmessig og forløpet. Disse to måtene å bruke klassifikasjonen på, viser at det ikke er en fasit på hvordan Bredtvet i fremtiden kan bruke ICF i utredningsarbeid og rapportering.

Det var ulike syn på hvordan man kan lage en mal etter ICF blant informantene. Informant 3 mente at man kan lage en rapport hvor man tar for seg de fire emneområdene, slik som Lade rehabiliteringssenter lager sine rapporter. Det samme mente informant 1. Informanten nevnte at det ville være hensiktsmessig å skrive en kvalitativ vurdering under emneområdene, og eventuelt hvilken kode som passer for å beskrive brukeren, samt en gradering av brukeren ved hjelp av modifikatorene. Videre mente informant 3 man kunne slette de emneområdene hvor man ikke hadde noe å uttale seg om. Det ble også problematisert av informanten at emneområdene kan bli for overordnet, og at for eksempel kroppsstrukturer kan assosieres med somatiske sykehus. Informant 2 mener ICF lettere kan brukes ved et standardisert undersøkelsesskjema hvor logopedene har mulighet til å krysse av koder som er relevant for brukeren. Det ble også nevnt av informant 6 at man kan lage skjemaer hvor både ICF-koden og modifikatoren kan være med, og hvor man kan bruke skjemaet i Bredtvets logobase.

En informant stilte seg kritisk til å lage en mal hvor alle de utvalgte kodene må være med. Informant 4 sier dette:

*”Jeg stiller meg litt kritisk hvis det skal være en mal som er utvikla for hele Bredtvet for eksempel, fordi at de forskjellige fagområdene vil trenge forskjellige ting. Jeg stiller meg også kritisk hvis det skal være en mal (...) som må innbefatte for eksempel alle disse kodene som jeg har fått av deg her.”*

---

Det kritiske synet på en fast mal kan relateres til at logopedene mener at rapportene må være gode å lese og gode å bruke. Sitatet henger også sammen med informantens syn på om man bør lage mal på et skjema eller en rapport. En rapport som inneholder alle de utvalgte kodene for afasi, vil bli både lang og ligne mer på et rapporteringsskjema. I sitatet blir det også lagt vekt på at en felles mal for hele Bredtvet vil være uheldig på grunn av de ulike fagområdene, og med tanke på hvilke vansker brukerne har.

Informantene var generelt sett enige om hvordan kodene skal presenteres i rapportene. Enkelte informanter ønsker at ICF-kodene settes i parentes etter for eksempel å ha beskrevet de funnene logopedene gjør. Informant 1 forklarte en annen mal på rapportene. I denne malen bruker man overskriftene på kodene, og skriver en kvalitativ vurdering med en konklusjon på kodene. Noe som er interessant i forhold til bruken av "kode-overskriftene", eller navnene på kodene, er at informant 1 problematiserer dette i forhold til at det i enkelte tilfeller vil bli for overordnet eller perifer.

Informanten 1 var også opptatt av mottakerne av rapportene:

*"Til å begynne med når vi sender dem ut så tror jeg vi må ha en liten sånn felles tekst om at nå er rapportene skrevet over i ICF-mal, si lite granne om hva ICF er, så ikke folk helt steiler."*

I dette sitatet blir det referert til at ikke alle logopedene eller andre henvisningsinstanser har kjennskap til ICF. Dermed må det også klargjøres for mottakeren at de nye rapportene fra Bredtvet er laget etter en ICF-mal.

## 6.4 Oppsummering av analysen

Hvorvidt ICF er tilstrekkelig i det logopediske arbeidet ved Bredtvet kompetansesenter, er blitt drøftet separert i forhold til fagområdene. Dette ble gjort på grunn av de forskjellige utvalgte kodene slik at det skulle bli mer struktur i oppgaven og for å skille både kodene og fagområdene fra hverandre. Samlet sett ser det ut som at de utvalgte kodene dekker vesentlige aspekter ved fagområdene og områdene i

rapportene som skrives. Likevel, enkelte av informantene mente det manglet noen koder, og at enkelte koder ikke var så relevante. I utvalget av kodene, er det få koder fra emneområdet miljøfaktorer (e). Dette kan sees i sammenheng med at kodene ble valgt på bakgrunn av gamle rapporter skrevet på Bredtvet. Det vil dermed være hensiktsmessig å finne flere koder som går på både aktiviteter og deltagelse (d) og miljøfaktorer (e), slik at rapportene som skrives blir mer i harmoni med ICF.

Når det gjelder områdene i rapportene som skrives, vil det være naturlig at de utvalgte kodene passer relativt godt, da rapportene som er skrevet danner grunnlaget for kodene. Det var kun én informant som mente at utvalget av kodene ikke stemmer overens med de nye rapportene. Dette henger sammen med at de gamle rapportene ikke er skrevet med fokus på miljøfaktorer, og heller ikke med fokus på aktiviteter og deltagelse. Informanten ønsker dermed at de nye rapportene som skrives skal være mer i harmoni med ICF, og dermed vil de utvalgte kodene ikke være relevant nok. Andre informanter mente at teamene på Bredtvet må drøfte, diskutere og komme frem til en enighet om hvilke koder som bør være med i et "kjernesett" som kan brukes på senteret.

ICF har forskjellige detaljeringsnivå, og dette var informantene positive til. Samtidig ble det også sagt at kodene ikke var spesifikke nok. Hvorfor informantene var positive til disse nivåene, henger sammen med hva de ønsker å skrive i rapportene og hva som vektlegges. Logopedene ønsker å være så detaljerte og grundige som mulig når de skriver rapporter, og ved hjelp av nivåene i ICF får mulighet til dette. Å kunne beskrive en bruker på en grundig og fyldig måte, kan gjøres ved hjelp av kodene i ICF. I stedet for å kun skrive b167 mentale språkfunksjoner, kan man for eksempel velge å skrive b16701 oppfatte skriftspråk. På denne måten kan man velge hvor detaljert man vil være. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at ikke alle kodene i ICF har ulike detaljeringsnivåer.

De fleste var også positive til å bruke modifikatorene i ICF. Det var kun én informant som var skeptisk til å bruke modifikatorene. Dette fordi informanten mente det ikke var opptil logopedene å avgjøre hvor stor en vanske er. Likevel var spesielt

---

informantene fra stemmeteamet svært positive til dette. På stemmeteamet blir det brukt et VHI-skjema hvor brukeren skal krysse av på en skala hvordan stemmevanskene oppleves, både emosjonelt, fysisk og funksjonelt. Innen dysleksi var det også positive tilbakemeldinger med tanke på modifikatorene. Det ble også nevnt at ved hjelp av skalaene i ICF, kan man evaluere brukernes tilstand en stund etter behandlingen (at man bruker ICF som et vurderingsverktøy, noe som strider mot formålet med klassifikasjonen). Dersom en bruker er .3 (stort funksjonsavvik) ved behandling, kan det hende at brukeren en stund etter er .2 (middels funksjonsavvik). Det ble også lagt vekt på at dette er relevant i forhold til bruken av Bredtvet's logobase.

I analysen av hvor egnet ICF er sett i forhold til det logopediske arbeidet ved Bredtvet kompetansesenter, ble det bare kort nevnt hvordan informantene skriver rapportene etter en utredning. Til tross for at informantene selv mente at rapportene varierte fra team til team, var det likevel et interessant moment; selv om innholdet i rapportene varierer er oppsettet på rapportene like. Alle som ble intervjuet mente det måtte være en del med beskrivelse og deretter konklusjon og tilråding/tiltak. Innenfor disse områdene i rapportene vil det naturligvis være ulike forhold og aspekter logopedene skriver om. For eksempel, informant 3 ville under beskrivelse tatt noe med fra VHI-skjemaet, deretter fra samtaledelen, og så skrive klart og spesifikt om utredning, hva man kan se og hva man kan høre. Logopedene fra afasiteamet ville under samme området skrevet om de lingvistiske følgene med afasi, og noe om hva som fungerer og hva som ikke fungerer så godt. Informantene som representerer dysleksi i dette prosjektet la vekt på en fyldig og grundig beskrivelse om hva som er gjort og hvilke tester man har brukt i utredningen av brukeren.

Informantene var som sagt opptatt av variasjonene innad på Bredtvet. Til tross for disse ulikhetene mellom teamene, kan man også finne noe som gjøres likt, som for eksempel oppsettet av rapportene. Dette kan sees i forhold til en ny mal på rapportering med utgangspunkt i ICF. Dersom det lages en ICF-mal, forutsettes det også at logopedene tenker helhetlig; at miljøfaktorene og aktiviteter og deltagelse

også tas med i rapportene. Enkelte informanter mente de hittil ikke har vært ”flinke” nok til å ta med disse andre faktorene, bortsett fra det rent logopediske. Under drøftingen ble det presentert to forskjellige måter å lage en mal på rapportering; skjema eller en rapport som er bygd opp etter ICF.

Rapporter som skrives med utgangspunkt i ICF, kan problematiseres i forhold til mottakeren av rapportene. ICF er fremdeles ukjent for mange logopeder, selv om Sunnaas og andre rehabiliteringssentre, som for eksempel Lade i Trondheim, har begynt å bruke klassifikasjonen. Det blir dermed viktig at mottakerne av rapportene fra Bredtvet får informasjon om at rapportene er skrevet etter en ICF-mal, samt viktig informasjon som ICF.

## 6.5 Konklusjon

ICF som sådan synes å være egnet til det logopediske arbeidet ved Bredtvet kompetansesenter. Det som de enkelte logopedene vektlegger i utredningen og rapporteringen, kan man som oftest finne en ICF-kode på. Selv om to av informantene mente at kodene ikke var spesifikke nok, kan man ved hjelp av prosa gjøre kodene spesifikke i en rapport.

Å utarbeide en ny mal og ”kjernesett” av koder for de forskjellige fagområdene, er noe enkelte informanter mener man må diskutere og drøfte på de forskjellige teamene. Dette fordi det viktig å la logopedene få komme med sine innspill om kodene og en ny mal. På denne måten kan Bredtvet fremstå som enda mer helhetlig dersom man kommer til enighet, innad i teamene, om hvilke koder som bør være med i de ulike utvalgene av ICF-koder, og hvordan en ny mal på rapportering skal se ut.

I problemstillingen legges det vekt på nye rapporteringsskjemaer etter ICF.

Informantene, bortsett fra én, ønsker at det heller skal utarbeides en mal til en rapport, i stedet for skjemaer. Ved det mister man viktig informasjon om brukeren, og det er dermed ønskelig at det skal kunne skrives prosa ved siden av kodene. Da logopedene allerede har et likt oppsett for rapportene som skrives, kan det godt tenkes at man kan

lage en felles mal for rapportering for hele Bredtvet kompetansesenter. Ved hjelp av et skjema, mener informanten som var positiv til denne formen for mal, at logopeden kan krysse av hvilke koder som er relevant for brukeren som er til utredning. Et slikt skjema kan være nyttig med tanke på Bredtvets logobase, sier en annen informant. Hva som er mest hensiktsmessig, må dermed prøves ut og diskuteres på teamene.



## Kildeliste

- Afasiforbundet, 2008, *Om afasiforbundet*, Afasiforbundet, lesedato 21.04.08, <[http://www.afasi.no/home/om\\_oss](http://www.afasi.no/home/om_oss)>.
- Andreassen, AB, Landmark, A, Sandmo, T, Aasheim V & Alstad, K 2005, *Språk- og talevansker hos voksne*, Idésamling, VOX, Oslo.
- Aronson, AE 1980, *Clinical voice disorders. An interdisciplinary approach*, Thieme-Straton Inc., New York.
- Barone, JT & Switzer, JY 1995, *Interviewing. Art and skill*, Allyn and Bacon, Boston.
- Befring, E 2007, *Forskningsmetode, med etikk og statistikk*, 2.utg., Det norske samlaget, Oslo.
- Berthelsen, M & Olsen, ME 2007, 'Lese- og skrivevansker i et helhetlig perspektiv'. Masteroppgave ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo,
- Birkenes, M 2007, 'Ett felles språk for deltagelse', Masteroppgave ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.
- Bjaalid, IK & Skaathun, A 2001, *Våre kommentarer*, Samtak, lesedato 08.04.08, <<http://samtak2.ls.no/cgi-bin/samtak/imaker?id=44061>>.
- Boone, DR & McFarlane, SC 1994, *The voice and voice therapy*, 5<sup>th</sup> edition, Prentice Hall, New Jersey.
- Bredtvet kompetansesenter, 2005a, *Afasitest på norsk – pypat*, Bredtvet kompetansesenter, lesedato 22.04.08, <[http://www.statped.no/moduler/templates/Module\\_Article.aspx?id=16770&epslanguage=NO](http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Article.aspx?id=16770&epslanguage=NO)>.



Bredtvet kompetansesenter, 2005b, *Kartleggingsmaterieell for følelser (VASAS)*,  
Bredtvet kompetansesenter, lesedato 22.04.08,  
<[http://www.statped.no/moduler/templates/Module\\_Article.aspx?id=21912&epslanguage=NO](http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Article.aspx?id=21912&epslanguage=NO)>.

Bredtvet kompetansesenter, 2005c, *Om Bredtvet kompetansesenter*, Bredtvet  
kompetansesenter, lesedato 22.04.08,  
<[http://www.statped.no/moduler/templates/Module\\_Article.aspx?id=17970&epslanguage=NO](http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Article.aspx?id=17970&epslanguage=NO)>.

Bredtvet kompetansesenter, 2006a, *Vanlige diagnoser innen stemmevansker*,  
Bredtvet kompetansesenter, lesedato 22.04.08,  
<[http://www.statped.no/moduler/templates/Module\\_Article.aspx?id=33549&epslanguage=NO](http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Article.aspx?id=33549&epslanguage=NO)>.

Bredtvet kompetansesenter, 2006b, *Verb og setningstesten – vist*, Bredtvet  
kompetansesenter, lesedato 22.04.08,  
<[http://www.statped.no/moduler/templates/Module\\_Article.aspx?id=32349&epslanguage=NO](http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Article.aspx?id=32349&epslanguage=NO)>.

Bredtvet kompetansesenter, 2008a, *Stemmevansker*, Bredtvet kompetansesenter,  
lesedato 22.04.08,  
<[http://www.statped.no/moduler/templates/Module\\_Overview.aspx?id=14209&epslanguage=NO](http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Overview.aspx?id=14209&epslanguage=NO)>.

Bredtvet kompetansesenter, 2008b, *Årsplan*, Bredtvet kompetansesenter, lesedato  
23.03.08,  
<[http://fc.statped.no/aarsplaner/2008/Bredtvet\\_arsplan\\_2008.pdf?FCItemID=S01901249](http://fc.statped.no/aarsplaner/2008/Bredtvet_arsplan_2008.pdf?FCItemID=S01901249)>.

Chapey, R & Hallowell, B 2001, 'Introduction to language intervention strategies in  
adult aphasia', I Chapey, R (red), *Language intervention strategies in aphasia*

- 
- and relates neurogenic communication disorder*, 4<sup>th</sup> edition, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, s.3-17.
- Colton, RH, Casper, JK & Leonard, R 2006, *Understanding voice problems. A physiological perspective for diagnosis and treatment*, 3<sup>rd</sup> edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Corneliussen, M 2005, 'Afasi og spesialundervisning. Veiledning i dokumentasjon av praksis', *Statped skriftserie*, nr. 36, lesedato 22.04.08  
<[http://www.statped.no/nyUpload/Moduler/Statped/Felles/Statped%20skriftserie/Afasi%20og%20spesialundervisning\\_web.pdf](http://www.statped.no/nyUpload/Moduler/Statped/Felles/Statped%20skriftserie/Afasi%20og%20spesialundervisning_web.pdf)>.
- Corneliussen, M, Haaland-Johansen, L, Knoph, MI, Lind, M & Qvenild, E 2006, *Afasi og samtale. Gode råd om kommunikasjon*, Novus forlag, Oslo.
- Dalen, M 2004, *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Duna, KE, Frost, J & Monsrud, M 2003, *Kartlegging av barn og unge lese- og skrivevansker med arbeidsprøven*, Bredtvet kompetansesenter, lesedato 30.04.08, <[www.dysleksisiden.no/litteratur.html](http://www.dysleksisiden.no/litteratur.html)>.
- Dysleksisiden 2008, *Matematikkvansker*, Dysleksisiden, lesedato 30.04.08, <[http://www.dysleksisiden.no/andre\\_vansker/matematikk.html](http://www.dysleksisiden.no/andre_vansker/matematikk.html)>.
- Elvemo, J 2002, *La ordene bli min. Om lese- og skrivevansker*, 2. utg., Køber forlag AS, Kristiansand.
- Engel, G 1977, 'The need for a new medical modell: a challange for biomedicine', *Science*, vol. 196, no. 4286, s. 129-136, Informaworld.
- Estella, PMM Edwin, MLY & Abbott, KV 2007, 'Application of the ICF in voice disorders', *Seminars in speech and language*, vol. 28, issue 4, s. 343-350, Thieme-connect.

Finset, A & Krogstad JM 2002, *Hodeskade: virkninger og behandling av ulike typer hodeskade*, 2. utg., Cappelen Akademisk Forlag, Oslo.

Frost, J 2001, *Lesepraksis – på teoretisk grunnlag*, 2. opplag, Cappelen Akademisk Forlag as, Oslo.

Frost, J 2003, *Prinsipper for god leseopplæring. Innføring i den første lese- og skriveopplæringen*, 3. opplag, J.W. Cappelens Forlag as, Oslo

Greene, MCL & Mathieson, L 2002, *The voice and its disorder*, 6<sup>th</sup> edition, Whurr Publishers Ltd., London

Hogikyan, ND & Rosen, CA 2002, 'A review of outcome measurements for voice disorders', *Otolaryngology-Head and neck surgery*, vol. 126, no. 4, s 562-572, ScienceDirect.

Holter, H 1996, 'Fra kvalitative metode til kvalitativ samfunnsforskning' i Holter, H & Kalleberg, R (red.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, 2. utg., Universitetsforlaget, Oslo, s. 9-25.

Holstein, JA & Gubrium JF 2004, 'The active interview' i Silverman D, *Qualitative research. Theory, method and practice*, 2<sup>nd</sup> edition, Sage publications, London s.140-161.

Høyen, T & Lundberg, I 1997, *Dysleksi. Fra teori til praksis*, 2. utg., ad Notam Gyldendal, Oslo.

KAY Elemetrics Corp, 2002, *Multi-Dimensional voice program, model 5105*, KAY Elemetrics Corp, lesedato 17.04.08,  
<<http://kayelemetrics.com/Product%20Info/CSL%20Options/5105/5105.pdf>>.

Kay, J & Terry, R 2004, 'Review. Ten years on: Lessons learned from published studies that cite the PALPA', *Aphasiology*, vol.18, no. 2, s. 127-151, Informaworld.

- 
- KITH, 2004, *ICF – internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse. Norsk brukerveiledning*, KITH, lesedato 03.09.07,  
<<http://www.kith.no/upload/1855/NorskBrukerveiledning-v1.pdf>>.
- Kleven, TA 2002, 'Begrepsoperasjonalisering' i Lund T (red), *Innføring i forskningsmetodologi*, Unipub forlag, Oslo, s. 141-184.
- Koss, MM 2007, *NLL og brukernes rett til logopedi, relatert til Opplæringsloven og RTV-avtalen*, Norsk logopedlag, lesedato 02.04.08,  
<[www.norsklogopedlag.no/Brukerne\\_og\\_Opplaeringsloven.doc](http://www.norsklogopedlag.no/Brukerne_og_Opplaeringsloven.doc)>.
- Kvale, S 1997, *Interview. En introduction til det kvalitative forskningsintervju*, Hans Reitzels Forlag A/S, København.
- Lichtman, M 2006, *Qualitative research in education: a user`s guide*, Sage publications, Thousand Oaks.
- Lie, I 1996, *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering*, 2. utg., ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Lindblad, P 1992, *Røsten*, Studentlitteratur, Lund.
- Logometrica 2008, *Logos*, Logometrica, lesedato 30.04.08  
<[www.logometrica.no/index.cfm?id=132567](http://www.logometrica.no/index.cfm?id=132567)>.
- Lov om folketrygd av 1997.
- Lyster, SAH 2008, 'Dysleksi og matematikkvansker', *Dysleksiforbundets brukerhåndbok*, Dysleksiforbundet, lesedato 28.04.08,  
<[http://www2.skolenettet.no/sto/dyshandbok/7\\_3.thml#top](http://www2.skolenettet.no/sto/dyshandbok/7_3.thml#top)>.
- Mackie, NS & Kagan, A 2007, 'Application of the ICF in Aphasia', *Semin speech lang*, Vol. 28, issue 4, s.244-253, Thieme-Connect.
- Maxwell, JA 1992, 'Understanding and validity in qualitative research', i *Harvard educational Review*, Vol. 62, No. 3, s. 279-300.

- Molander, B 2003, *Beskrivelse av kartleggingsverktøy*, Utdanningsavdelingen ved Fylkesmannen i Oslo og Akershus, lesedato 30.04.08, <[http://66.102.9.104/search?q=cache:b1w32ZA06IJ:fylkesmannen.no/Arkiv/Oslo\\_og\\_Akershus/Utdanning/Vedlegg%25201%2520utdanning.pdf.file+sl40+%2B+lese-+og+skrivevansker&hl=no&ct=clnk&cd=4&gl=no](http://66.102.9.104/search?q=cache:b1w32ZA06IJ:fylkesmannen.no/Arkiv/Oslo_og_Akershus/Utdanning/Vedlegg%25201%2520utdanning.pdf.file+sl40+%2B+lese-+og+skrivevansker&hl=no&ct=clnk&cd=4&gl=no)>.
- Murray, LL & Chapey, R 2001, 'Assessment of language disorders in adults', i Chapey, R (red): *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorder*, 4<sup>th</sup> edition, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, s. 55-126.
- NESH, Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora 2006, *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*.
- NLFL, Norsk landsforening for laryngektomerte, 2006, *Strupe- og munn-/svelgkreft i Norge*, NLFL, lesedato 31.03.08, <[http://www.nlfl.no/nyhet\\_vis.php?nh\\_id=48](http://www.nlfl.no/nyhet_vis.php?nh_id=48)>.
- Opplæringslova av 1998.
- Reinvang, I 1994, *Afasi. Språkforstyrrelser etter hjerneskade*, Universitetsforlaget, Pensumtjeneste, Oslo.
- Richards, L 2005, *Handling qualitative data. A practical guide*, Sage publication, London.
- Rolstadås, K 2004, *Bruken av ICF ved Lade rehabiliteringssenter*, lesedato 22.03.08, <[www.helse-midt.no/uoload/77511/ICF-lade.ppt](http://www.helse-midt.no/uoload/77511/ICF-lade.ppt)>.
- Ross, KB & Wertz, RT 2005, 'Forum. Advancing appraisal: aphasia and the WHO', *Aphasiology*, Vol. 19, Issue 9, s. 860-900, Informaworld.
- Rørbeck, L 2004, *Stemmebrugs lære*, 4. utg., C.A. Reitzels Forlag, København.

- 
- Saunders, WH 1964, 'The larynx', *Clinical symposia*, Vol. 16, No. 3, Summit, NJ, CIBA.
- Silverman, D 2000, *Doing qualitative research. A practical handbook*, Sage publication, London.
- Snowling, MJ 1996, 'Developmental dyslexia: an introduction and theoretical overview', i Snowling, MJ & Stackhouse, J, *Dyslexia, speech and language. A practioner`s handbook*, Whurr publishers Ltd, England, s. 1-11.
- Sosial og helsedirektoratet 2006, *ICF. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*, AIT Otta As, Otta.
- Sosial og helsedirektoraret & KITH 2004, *ICF-internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Et introduksjonsprogram til Verdens Helseorganisasjons ICF*, Sosial og Helsedirektoratet & KITH, lesedato 11.10.08,  
<[www.kith.no/upload/1855/ICFnasjonal%20presentasjon%20lysark.ppt](http://www.kith.no/upload/1855/ICFnasjonal%20presentasjon%20lysark.ppt)>.
- Strauss, A & Corbin, J 1990, *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*, Sage publications, Inc, California.
- Strauss, A & Corbin, J 1998, *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded theory*, Sage publications, Thousand Oaks.
- Threats, TT & Worrall, L 2004, 'Classifying communication disability using the ICF', *International journal of speech-language pathology*, vol. 6, no 1, s. 53-62, Informaworld.
- Utgård, T 2006a, *IKT som hjelpemiddel i lesing*, Bredtvet kompetansesenter, lesedato 20.03.08,  
<[http://www.statped.no/moduler/templates/Module\\_Article.aspx?id=20937&epslanguage=NO](http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Article.aspx?id=20937&epslanguage=NO)>.

Utgård, T 2006b, *IKT som hjelpemiddel i skriving*, Bredtvet kompetansesenter,  
lesedato 20.03.08,  
<[http://www.statped.no/moduler/templates/Module\\_Article.aspx?id=21115&epslanguage=NO](http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Article.aspx?id=21115&epslanguage=NO)>.

---

## Vedlegg 1

### Intervju del 1

Hensikten med utredningen, rapporteringen. Informantenes tanker og meninger sentralt. Gi informasjon om ICF, mitt prosjekt, tidligere prosjekter, dersom nødvendig, og utvalg av ICF-koder.

Innledning: Tusen takk for at du stiller opp som informant for dette mastergradsprosjektet som omhandler ICF. Hensikten med dette prosjektet er å se om ICF er egnet i logopedisk utredningsarbeid og rapportering, og med egnet mener jeg da tilstrekkelig og anvendbar. I forespørselen som jeg bad Anne Berit om å gi til deg, står det at intervjuet vil bli delt i to økter og at første del av intervjuet vil handle om utredningsarbeid og rapportering på Bredtvet. For meg er det viktig å få informasjon om utrednings- og rapporteringsrutinene her på Bredtvet for å få en forståelse av deres ståsted/plattform. Før vi starter med intervjuet så regner jeg det er greit at jeg tar det opp på bånd? (Alt som sies og sitater som vil bli brukt i selve oppgaven, blir anonymisert.)

### A. Innledende spørsmål

1. Hvilket team jobber du på?
2. Hvor lenge har du jobbet som logoped?
3. Hvor lenge har du jobbet på Bredtvet kompetansesenter?

### B. Hensikten med utredningen

1. Hva mener du er hensiktene med å utrede brukerne som kommer til Bredtvet kompetansesenter?

I et møte med Anne Berit ble jeg fortalt at det var/er vanlig på Bredtvet å differensialdiagnostisere.



2. Hva legger du i begrepet differensialdiagnostisere?
3. Hva mener du er hensiktene med å differensialdiagnostisere brukerne?
4. Hva ser du etter når dere utreder en bruker?
5. Hvorfor mener du det er viktig å se etter akkurat det?
6. Vet du om Bredtvet har en slags uformell mal på hvordan dere utreder?(ser dere etter det samme?)

### C. Hensikten med rapportene

1. Hva mener du det er viktig å skrive i en rapport etter en utredning?
2. Hva synes du er det viktigste å ha med i en rapport?
3. Bruker du en slags form for mal når du skriver rapporter?
4. Kan du fortelle litt om hvordan du skriver en rapport?
5. Hvilke tanker har du om at Bredtvet i fremtiden begynner å bruke en fast mal på rapportering?
6. Kan det være med å gjøre rapportskrivningen lettere?
  - Hvorfor?
  - Hvorfor ikke?
7. Kan det gjøre rapportskrivningen vanskeligere?
  - Hvorfor?
  - Hvorfor ikke?
8. Kan du fortelle litt om du mener at det kan være en fordel med en fast mal på rapporteringen?

9. Tenker du at det er noen ulemper med en fast mal?

10. Hva er hensikten med rapportene som sendes tilbake til brukernes logopedier og andre fagfolk?

Før vi avslutter denne intervjurunden,

11. Dersom man skal lage en mal for rapportering, hva mener du burde vært med i en sånn mal?

12. Er det noe mer du vil tilføye om dette?

## Vedlegg 2

### Intervju del 2

ICF – få informantenes synspunkter på utvalget av kodene, ICF generelt sett osv.

Innledning: Forrige gang fikk du utdelt et utvalg av ICF-koder, samt at jeg bad deg om å tenke gjennom begrepene tilstrekkelig og anvendbar. Dette ble gjort på grunn av at det ikke er så mange som kjenner til ICF ennå og det forventes heller ikke at du gjør det. Men det ble også gjort for at du skulle få mulighet til å forberede deg litt og få dannet egne meninger og tanker om temaet, og ikke minst utvalget av kodene.

#### A. Innledende spørsmål

1. Var du på informasjonsmøtet om ICF mandag 25.februar?
2. Hadde du hørt om ICF før møtet på mandag 25.februar?

#### B. ICF i logopedisk utredningsarbeid

1. Hvordan stiller du deg til å bruke ICF i logopedisk utredningsarbeid?
  - Hvorfor mener du det?
2. Hvorvidt har ICF noe å bidra med i utredningsarbeid her på Bredtvet?
  - Hvorfor det?
3. Mener du at det er forskjell på måten dere tenker på når dere utreder og ICF?
  - Er det stort sprik mellom deres tenkning og tenkningen i ICF?
  - Hvordan vil det være å ta i bruk en ny måte å tenke på i forhold til utredning?

#### C. ICF i logopedisk rapportering

---

1. Hvordan stiller du deg til å bruke ICF i logopedisk rapportskrivning?

Hvorfor det? Hvorfor ikke?

2. Hvorvidt har ICF noe å bidra med til rapportskrivningen?

Hvorfor mener du det?

#### D. ICF`s tilstrekkelighet (se på kodene sammen)

1. Kan du fortelle litt om dine første tanker /førsteintrykket da du tittet på utvalget av kodene?

2. Hva mener du er det viktigste innen ditt fagfelt?

(vansker, styrker, emosjonelle faktorer / psykososiale faktorer, miljøfaktorer...)

3. Mener du at utvalget av ICF-kodene omfatter de viktigste sidene ved afasi / dysleksi / stemmevansker?

- Hvorfor mener du det?

- Ser du noe som burde vært med? Hvorfor burde det være med?

- Ser du noe som kan tas bort? Noe som ikke behøver å være der? Hvorfor det?

(4. Tror du det er mulig å finne et kjernesett av ICF-koder som kan brukes for hele Bredtvet på tvers av faggruppene?

- Hvorfor mener du det?

- Hvorfor ikke?)

#### E. ICF`s anvendbarhet

1. I ICF er det muligheter til å velge hvor detaljert en vil være i å beskrive en "tilstand" ved ulike nivåer. Hva mener du om dette i forhold til utredningsarbeid?

- Mener du at dette gjør ICF vanskeligere å bruke?

- Mener du at dette kan gjøre ICF lettere å bruke?

2. Hva mener du om disse nivåene i ICF i forhold til rapportskriving?

- Lettere?

- Vanskeligere?

- Hva ville du gjort selv? Hvor detaljert ville du vært? Hvorfor ville du det? Hvorfor ville du ikke det?

### F. ICF's modifikatorer

1. I ICF er det laget forskjellige modifikatorer for de forskjellige kapitlene i kodeverket. Modifikatorene skal vise grad av styrker og svakheter.

(vise graderingsskaler og eksempler)

- Det første jeg lurer litt på da er dine meninger om å gradere en vanske etter sånne graderingsskalaer?

- Hvilke fordeler kan det ha?

- Hvilke ulemper kan det ha?

2. Når mener du man bør foreta en vurdering av styrker svakheter?

- Under en utredning?

- Etter utredningen i en rapport?

3. Hvorledes vil bruken av modifikatorene kunne påvirke ditt syn på brukerne?

- Hvordan vil det påvirke? (et mer sammensatt bilde av vanskene? På hvilken måte?)

4. Tror du en kan bruke modifikatorene uavhengig av retningslinjer innenfor ditt fagfelt?

- Hvorfor?

---

- Hvorfor ikke?

5. Hvilke retningslinjer bør ligge til grunn for hva som skal ligge innenfor hver gradering? (vise på arket).

- Bør det utarbeides en felles standard (for hva som vektlegges)?

### G. Hvordan lage ICF rapporteringsskjema

1. Dersom Bredtvet velger å bruke et rapporteringsskjema etter ICF, hvordan mener du man bør lage et skjema som er lett å bruke for logopeden?

Hva bør være med i det skjemaet for at det skal bli omfattende nok? (koder, egne beskrivelse, overskifter, ICF beskrivelser, modifikatorer, veldig detaljerte beskrivelser med kodene?)

- Hvorfor mener du de tingene bør være med?

- Hva mener du ikke er viktig for det rapporteringsskjemaet?

2. Hvordan mener du man bør lage rapporteringsskjemaer som er forståelig for mottaker ute i feltet som ikke er kjent med klassifikasjonssystemet?

- Hvordan mener du man kan lage rapporteringsskjemaer etter ICF som er lett å forstå?

- Hvorfor mener du det er lett å forstå? Er det lett å forstå for mottaker?

Før vi avslutter: Er det noe mer du kunne tenke deg å tilføye?

## Vedlegg 3

Utvalg av ICF koder - afasi			
1 = beskrivelse, 2 = tiltak			
Kategorier		1	2
b114	Orienteringsfunksjoner	x	
b126	Temperament og personlighet	x	x
b130	Energi og handlekraft	x	x
b144	Hukommelsesfunksjoner	x	x
b152	Emosjonelle funksjoner	x	
b156	Persepsjonsfunksjoner	x	
b164	Høyere kognitive funksjoner	x	x
b167	Mentale språkfunksjoner	x	x
b172	Regnefunksjoner	x	
b176	Styring av sammensatte bevegelser	x	x
b210	Synsfunksjoner	x	
b230	Hørselsfunksjoner	x	
b320	Uttalefunksjon	x	x
b330	Taleflyt og talerytme	x	
b730	Muskelstyrke	x	
s110	Hjernens struktur	x	
s730	Overeksremiteters struktur	x	
s750	Undereksremiteters struktur	x	
d115	Lytte		x
d130	Gjøre etter	x	x
d135	Innøving	x	x
d140	Lære å lese	x	x
d145	Lære å skrive	x	x
d155	Tilegne seg ferdigheter		x
d166	Lese	x	x
d170	Skrive	x	x
d175	Løse problemer		x
d310	Forstå talte ytringer	x	x
d315	Forstå ytringer uten ord	x	x
d325	Forstå skriftlige ytringer	x	
d330	Tale	x	x
d335	Ytre seg uten ord	x	x
d345	Ytre seg skriftlig	x	
d350	Samtale	x	x
d360	Bruke kommunikasjonsutstyr og metoder	x	x
d450	Gå	x	
d650	Ta vare på husholdningsgjenstander		x
d750	Uformelle sosiale relasjoner		x
d920	Rekreasjon og fritid	x	x
e125	Produkter og teknologi for kommunikasjonsformål	x	x
e130	Produkter og teknologi for utdanningsformål	x	x
e310	Nærmeste familie	x	x
e355	Helsepersonell	x	x
e360	Helserelaterte fagpersoner		x
e410	Individuelle holdninger hos nærmeste familiemedlemmer		x
e585	Tjenester, systemer og strategier for utdanning og opplæring		x

Utvalg av ICF - koder dysleksi			
Kategorier		1	2
b117	Intellektuelle funksjoner	x	
b122	Overordnede psykososiale funksjoner	x	
b126	Temperament og personlighet	x	x
b130	Energi og handlekraft	x	x
b140	Oppmerksomhetsfunksjoner	x	
b144	Hukommelsesfunksjoner	x	x
b152	Emosjonelle funksjoner	x	
b167	Mentale språkfunksjoner	x	
b180	Selvopplevelse og tidsoppfatning	x	
d140	Lære å lese	x	x
d145	Lære å skrive	x	x
d166	Lese	x	x
d310	Forstå talte ytringer		x
d315	Forstå ytringer uten ord	x	
d330	Tale	x	
d345	Ytre seg skriftlig		x
d350	Samtale	x	x
d750	Uformelle sosiale relasjoner	x	
d760	Familierelasjoner	x	
d820	Skoleutdanning		x
e115	Produkter og teknologi til personlig bruk i dagliglivet	x	x
e130	Produkter og teknologi for utdanningsformål	x	
e330	Personer i autoritetsposisjon		x
e355	Helsepersonell	x	x
e585	Tjenester, systemer og strategier for utdanning og opplæring	x	x

Utvalg av ICF koder - stemmevansker			
Kategorier		1	2
b130	Energi og handlekraft		x
b147	Psykomotoriske funksjoner	x	x
b164	Høyere kognitive funksjoner	x	x
b280	Smerte	x	
b310	Stemmefunksjoner	x	x
b320	Uttalefunksjon	x	
b330	Taleflyt og talerytme	x	
b340	Øvrige stemmefunfunksjoner	x	x
b440	Respirasjon	x	
b445	Respirasjonsmuskelfunksjoner	x	x
b450	Øvrige respirasjonsfunksjoner	x	
b455	Fysisk kondisjon	x	
b735	Muskeltonus	x	x
s320	Munnens struktur	x	
s340	Strupens struktur	x	
s430	Respirasjonssystemets struktur	x	
s710	Hode- og halsregionens struktur	x	
s720	Skulderregionens struktur	x	
d330	Tale	x	x
d350	Samtale	x	
d355	Diskusjon	x	
d850	Betalt sysselsetting	x	
d910	Samfunnsliv	x	
d920	Rekreasjon og fritid	x	
e130	Produkter og teknologi for utdanningsformål		x
e260	Luftkvalitet	x	
e355	Helsepersonell		x
e580	Tjenester, systemer og strategier for helsevesen	x	x



## Vedlegg 4

### VOICE HANDICAP INDEX (VHI)<sup>9</sup>

Instruksjon: Dette er utsagn som mange personer har brukt for å beskrive stemmen sin og hvilken innvirkning den har på livet deres. Sett ring rundt svaret som viser hvor ofte du har den samme erfaringen.

	Aldri	Nesten aldri	Noen ganger	Nesten alltid	Alltid
1. Stemmen min gjør at det er vanskelig for folk å høre meg.	0	1	2	3	4
2. Jeg går tom for luft når jeg snakker.	0	1	2	3	4
3. Folk har vanskelig for å forstå meg i et rom med støy.	0	1	2	3	4
4. Stemmen min varierer i løpet av dagen.	0	1	2	3	4
5. Familien min har problemer med å høre meg når jeg roper på dem fra forskjellige steder i huset.	0	1	2	3	4
6. Jeg bruker telefonen sjeldnere enn jeg har behov for.	0	1	2	3	4
7. På grunn av stemmen er jeg anspent når jeg snakker.	0	1	2	3	4
8. Jeg har lett for å unngå grupper av mennesker p.g.a stemmen min.	0	1	2	3	4

<sup>9</sup> © Fra Jacobson et. al. (1997). *The Voice Handicap Index (VHI)*. *American Journal of Speech-Language Pathology* 6. Tillatt oversatt av

logoped Grieg, Senter for logopedi, Eikelund kompetansesenter og dr. Brøndbo, Rikshospitalet 26.01.01.

	Aldri	Nesten aldri	Noen ganger	Nesten alltid	Alltid
9. Det synes som om folk irriterer seg over stemmen min.	0	1	2	3	4
10. Folk spør: "Hva er i veien med stemmen din?"	0	1	2	3	4
11. Jeg snakker mindre med venner, naboer eller slektninger p.g.a. stemmen min.	0	1	2	3	4
12. Folk ber meg gjenta det jeg sier når jeg snakker med dem ansikt til ansikt.	0	1	2	3	4
13. Stemmen min høres sprukken og tørr ut.	0	1	2	3	4
14. Jeg føler at jeg må presse stemmen for å lage lyd.	0	1	2	3	4
15. Folk har liten forståelse for stemmeproblemene mine.	0	1	2	3	4
16. Stemmevanskene mine begrenser privat og sosialt liv.	0	1	2	3	4
17. Klarheten i stemmen min er vanskelig å forutsi.	0	1	2	3	4
18. Jeg prøver å forandre stemmen min for å høre annerledes ut.	0	1	2	3	4
19. Jeg føler jeg blir holdt utenfor i samtaler p.g.a. stemmen min.	0	1	2	3	4
20. Jeg anstrenger meg ganske mye for å snakke.	0	1	2	3	4
21. Stemmen min er verre om kvelden.	0	1	2	3	4
22. Stemmeproblemene mine er årsak til at jeg mister inntekt.	0	1	2	3	4
23. Jeg blir stresset av stemmen min.	0	1	2	3	4
24. Jeg går mindre ut p.g.a. stemmeproblemene mine.	0	1	2	3	4

---

	Aldri	Nesten aldri	Noen ganger	Nesten alltid	Alltid
25. Stemmen min får meg til å føle meg handikappet.	0	1	2	3	4
26. Stemmen min svikter midt i en samtale.	0	1	2	3	4
27. Jeg blir irritert når folk ber meg om å gjenta.	0	1	2	3	4
28. Jeg føler meg flau når folk ber meg om å gjenta.	0	1	2	3	4
29. Stemmen min får meg til å føle meg utilstrekkelig.	0	1	2	3	4
30. Jeg skammer meg over stemmeproblemene mine.	0	1	2	3	4

