



Linn Stokke Guttormsen er utdannet logoped og har erfaring som logoped og PP-rådgiver, samt spesialpedagog. Linn jobber nå ved Institutt for spesialpedagogikk i en postdoktor-stilling tilknyttet forskningsprosjektet Effective Stuttering Treatment (EST).

l.s.guttormsen@isp.uio.no



Ane Hestmann Melle jobber med taleflytvansker i Statped. Hun er utdannet logoped, og har tidligere jobbet som logoped på bydelsnivå med barnehagebarn.

ane.hestmann.melle@statped.no

STAMMEBEHANDLING AV BARNEHAGEBARN: NORSKE LOGOPEDERS PRAKSIS

Linn Stokke Guttormsen, Ane Hestmann Melle, Karoline Hoff og Kari-Anne Bottergaard Næss

I denne artikkelen presenteres resultatene fra en spørreundersøkelse om hvilke tilnærminger norske logopeder (N=117) oppgir at de benytter i arbeid med barnehagebarn som stammer. I det elektroniske spørreskjemaet som logopedene mottok på e-post, svarte flertallet at de benytter indirekte behandling, bestående av en egenutviklet kombinasjon av strategier. Kun et fåtall svarte at de benytter direkte behandling. Resultatene fra undersøkelsen diskuteres i lys av internasjonale prinsipper for evidensbasert praksis i logopedi, med spesielt fokus på stammebehandling av barnehagebarn. Formålet med artikkelen er å bidra til en bevisstgjøring rundt hvilke overveielser som bør ligge til grunn for valg av behandlingstilnærming for denne gruppen.

BAKGRUNN

Resultater fra prospektive studier viser at omtrent to tredjedeler (65 %-72 %) av barna som stammer i barnehagealder slutter å stamme innen de første skoleårene (Kefalianos m.fl., 2017; Månsson, 2000; Yairi & Ambrose, 1999). Selv om majoriteten av barna som stammer i barnehagealder vil slutte å stamme uten at de får behandling, er effektiv behandling i denne aldersgruppen viktig. Det er fordi det for det første i liten grad er mulig i barnehagealder å predikere hvem som kommer til å fortsette å stamme og hvem som kommer til å oppleve naturlig bedring (Yairi & Ambrose, 2013), og for det andre fordi barn i barnehagealder kan bli negativt påvirket av stammingen, både sosialt, atferdsmessig, kognitivt og emosjonelt (Guttormsen, Kefalianos, & Næss, 2015; Langevin, Packman, & Onslow, 2010; McAllister, 2016). I en norsk studie av barnehagebarn fant Guttormsen, Yaruss og Næss (2019) at majoriteten av foreldrene rapporterte at barna deres ble påvirket av stammingen, mens kun en liten andel foreldre rapporterte at stammingen ikke hadde negativ påvirkning på barnet deres. Disse resultatene indikerer at negativ påvirkning av stamming kan forekomme både hos de som senere opplever vedvarende stamming samt de som etter hvert opplever opphør av stammingen. Behandling i barnehagealder anbefales derfor både for å redusere/eliminere

stamming og den negative påvirkningen den kan ha på barns liv.

Med effektiv behandling menes i denne sammenheng tilnærming(er) som fører til varig endring i form av lite eller ingen stamming etter endt behandling. (Behandlings-)tilnærming brukes i denne artikkelen som et overordnet begrep for å vise til hvilken innfallsvinkel som velges for behandling. Dette kan for eksempel være en indirekte tilnærming der det gjøres tilpasninger i språkmiljøet rundt barnet eller en direkte tilnærming der det jobbes med talen til barnet. Behandlingsprogram benyttes når det foreligger en skriftlig plan av innhold i behandlingen, hvordan og hvor lenge behandlingen skal gis osv. Når vi beskriver og drøfter behandlingens innhold benyttes to begreper: komponenter og strategier. Med *komponenter* menes overordnede elementer i behandlingen, mens *strategier* refererer til innholdet i de underordnede elementene, altså hva som spesifikt gjøres.

Stammebehandling i barnehagealder

Studier av effekt av stammebehandling for barnehagebarn er et relativt nytt internasjonalt forskningsfelt som har vokst fram i løpet av de siste 30 årene. I en forskningsoppsummering konkluderer Nye m.fl (2013) med at det er få studier som har undersøkt effekten av stamme-

behandling hos barn ved hjelp av randomisert kontrollert design. Randomiserte, kontrollerte, design innebærer en tilfeldig fordeling av deltakere til to eller flere betingelser, og er egnet til å undersøke om behandling er mer effektivt enn ingen behandling eller om en behandlingstilnærming er mer effektiv enn en annen. Dersom et tilstrekkelig antall deltakere er tilfeldig fordelt til hver av betingelsene/gruppene impliserer det at eventuelle forskjeller mellom betingelsene/gruppene i etterkant av behandlingen med større grad av sikkerhet kan sies å være effekt av behandlingen. Fordi mange av studiene innenfor stammefeltet har få deltakere og ikke et randomisert, kontrollert design er det en betydelig usikkerhet om effekten av de enkelte programmene og ulike tilnærminger.

I følge Nye m.fl. (2013) sin oppsummering av behandlingsstudier er det Lidcombe-programmet (Onslow m.fl., 2017), Westmead-programmet (Trajkovski, Andrews, O'Brian, Onslow, & Packman, 2006), Palin Parent-Child Interaction therapy (Palin, PCI; Kelman & Nicholas, 2008) og Restart Demands and Capacities Model (Restart DCM; Franken & Putker-de Bruijn, 2007) som er beskrevet i den internasjonale forskningslitteraturen med mer enn én studie. Disse behandlingsprogrammene er derfor inkludert i vår undersøkelse av norske logopeders behandling av barnehagebarn. I avsnittet under gis det en kort beskrivelse av programmene og en gjennomgang av forskningslitteraturen.

I Lidcombe-programmet benyttes operant betingning (verbale kommentarer på flyt og stamming) for å eliminere stamming (Onslow m.fl., 2017). Resultater fra studier som har undersøkt effekten av Lidcombe-programmet indikerer at det er mer effektivt å gi Lidcombe-programmet enn ingen behandling (Harris, Onslow, Packman, Harrison, & Menzies, 2002; Lattermann, Euler, & Neumann, 2008) eller «behandling som vanlig» (Jones m.fl., 2005). Antall deltakere i disse tre studiene var henholdsvis 23 (Harris m. fl., 2002), 46 (Latterman m. fl., 2008) og 54 (Jones m. fl., 2005). Westmead-programmet innebærer direkte

arbeid med barnets tale ved å lære barnet å si hver eneste stavelse i en rytmisk takt («robot-snakking») (Trajkovski m.fl., 2006). Effekten av behandlingen har i liten grad blitt dokumentert da de tre studiene som foreligger (Trajkovski m.fl., 2006; Trajkovski m.fl., 2011; Trajkovski m.fl., 2009) har få deltakere (N=1-8) og ingen kontrollgruppe. De to siste programmene, Palin PCI og Restart DCM fokuserer på ulike indirekte strategier som innebærer flytfremmende endringer i barnets miljø. I begge programmene blir indirekte strategier implementert først, deretter inkluderes direkte arbeid med barnets tale dersom de indirekte strategiene ikke har hatt tilstrekkelig effekt. Inntil i fjor hadde det blitt gjennomført to studier av Palin PCI (Millard, Edwards, & Cook, 2009; Millard, Nicholas, & Cook, 2008). Begge studiene har få deltakere (N= 6-10) og kun en av studiene (Millard m.fl., 2009) har inkludert én kontrollgruppe. I 2018 ble en ny studie som undersøker effekten av Palin PCI publisert (se Millard, Zebrowski, & Kelman, 2018). Denne studien har heller ingen sammenligningsgruppe, men et større utvalg enn de to tidligere studiene (N=55). Resultatene fra studien indikerer at frekvens av stamming, kommunikasjonsholdninger og påvirkning av stamming reduseres etter oppstart av behandlingen. To studier har undersøkt behandlingseffekten av programmet Restart DCM (de Sonnevile-Koedoot, Stolk, Rietveld, & Franken, 2015; Franken, Kielstra-Van der Schalk, & Boelens, 2005). I den største av disse studiene ble 199 barn tilfeldig fordelt i to grupper; den ene gruppa mottok Lidcombe-programmet mens den andre mottok Restart DCM. Resultatene viste ingen forskjeller i behandlingseffekt og det ble konkludert med at de to behandlingsprogrammene var like effektive i å behandle stamming (de Sonnevile-Koedoot m. fl., 2015).

Oppsummert er det betydelige forskjeller i forskningskvalitet og i resultatene som foreligger for de ulike behandlingsprogrammene. Det er forskjeller i antall barn som deltok i de ulike studiene, design og antall studier som har undersøkt effekten av de ulike behandlingsprogrammene. Basert på forskningen som foreligger konkluderte Ratner (2018) med at det



Karoline Hoff
jobber med taleflytvansker i Statped. Hun er utdannet lærer og logoped og har tidligere erfaring fra skole og PP-tjeneste.

karoline.hoff@statped.no



Kari-Anne Bottegaard Næss
er professor i spesialpedagogikk. Hun er utdannet lærer og logoped og har erfaring med stammebehandling for barn i barnehagealder og skolealder. Hun leder EST-prosjektet.

k.a.b.nass@isp.uio.no

kun er to behandlingsprogram som kan anbefales i logopeders praksis: Restart DCM og Lidcombe-programmet.

Vurderinger og beslutninger knyttet til behandlingsforløp

Det amerikanske logopedlaget, ASHA, har vedtatt at medlemmene skal arbeide etter prinsipper for evidensbasert praksis (American Speech-Language-Hearing Association, 2007). I Norsk logopedlags yrkesetiske retningslinjer slås det fast at medlemmer skal holde seg oppdaterte på de logopediske fagområdene (Norsk Logopedlag, 2019). Vi tolker dette i retning av at også norske logopeder forventes å arbeide i tråd med prinsipper for evidensbasert praksis.

Innenfor logopedifeltet vil evidensbasert praksis innebære at logopeden tar tre ulike elementer i betraktning når beslutninger om behandlingsforløp fattes. Disse elementene er 1) kunnskap om brukeren 2) klinisk ekspertise og 3) forskningsbasert kunnskap (Nippold, 2018). I behandling av barnehagebarn som stammer vil *kunnskap om brukeren* kunne være kjennskap til a) individuelle faktorer som barnets egne reaksjoner på stammingen i form av frustrasjon eller negative tanker om egne kommunikasjonsferdigheter eller b) miljøfaktorer rundt barnet som foreldrenes mål og forventninger til den logopediske oppfølgingen eller deres bekymringer knyttet til barnets stamming. *Den forskningsbaserte kunnskapen* handler om å ha oppdatert kunnskap om nye og relevante vitenskapelige studier og å kunne benytte denne kunnskapen i praksis. *Den kliniske ekspertisen* er logopedens erfaringsbaserte kunnskap og innbefatter generell kunnskap om stamming i barnehagealder, kjennskap til kartlegging og behandling av stamming hos barnehagebarn, samt evnen til å benytte denne kunnskapen i møte med hver enkelt familie. Før oppstart av behandlingen må logopeden sette seg inn i målene med de relevante behandlingsprogrammene, hvordan kartleggingen gjennomføres i henhold til de ulike programmene, hva som forventes av foreldrene underveis, hvilken rolle barnet har og hvilken kompetanse det er nødvendig at logopeden selv innehar (Shenker og Santayana, 2018). Alle de tre elementene, kunnskap om brukeren, forskningsbasert kunnskap og klinisk ekspertise er viktige i beslutningsprosesser knyttet til behandling; den valgte behandlingstilnærmingen som baseres på logopedens kliniske ekspertise må passe for det enkelte barn og familie, og understøttes av oppdatert kunnskap om forskning knyttet til effekten av behandling for barnehagebarn som stammer. I dette inngår en vurdering av om den valgte behandlingen

kan føre til ønskelige utfall både utenfor logopedkontoret, og på lengre sikt. Dette innebærer blant annet å vurdere hvorvidt stammingen reduseres på tvers av situasjoner i løpet av behandlingsperioden (Shenker og Santayana, 2018). Vurderingen kan gjøres ved at logopeden regner ut prosentandel stavelser med stamming fra opptak eller ved at foreldre/logoped vurderer stammingens alvorlighetsgrad på en skala (se for eksempel Onslow m.fl., 2017).

Siden mange barn kommer til å oppleve bedring uten behandling, er spørsmålet om når behandling skal igangsettes av viktighet. Clark, Tumanova, og Choi (2017) påpeker at spørsmålet er utfordrende fordi vi ikke vet om (for hvem) eller når eventuell bedring uten behandling vil forekomme. Anbefalinger om igangsetting av behandling har variert gjennom årene. Nyere forskning har vist at det tar lengre tid å behandle barn med mer alvorlig grad/høyere frekvens av stamming (Guitar m. fl., 2015; Kingston, Huber, Onslow, Jones, & Packman, 2003). I tillegg har det også blitt dokumentert at barnehagebarn som stammer har dårligere sosial, emosjonell og atferdsmessig fungering sammenlignet med barnehagebarn som ikke stammer (McAllister, 2016). Det anbefales at disse faktorene vurderes i beslutninger knyttet til behandling. Millard og kollegaer (2018) fremhever også at foreldres bekymring og ønske om hjelp bør vektlegges. Imidlertid, basert på det vi vet og ikke vet om stammeutvikling (Yairi & Ambrose, 2013), er den tryggeste anbefalingen at hvert barn bør få muligheten til logopedisk oppfølging i tidlig fase.

Norsk logopedisk praksis

Ambjørnsen gjennomførte i 2011 en survey av norske logopeders praksis i møte med barnehagebarn som stammer. 76 logopeder svarte og resultatene indikerte at logopedene i svært stor grad vektla indirekte tiltak (Ambjørnsen, 2011, s. 47). Flere oppga imidlertid en økt vektlegging av direkte tiltak de siste årene. Generelt oppga respondentene at de var usikre på effekten av direkte tiltak. Siden Ambjørnsen sin studie ble gjennomført, har det i Norge blitt arrangert flere kurs i behandlingsprogram som tidligere forskning har dokumentert effekten av (Restart DCM og Lidcombe-programmet). Det er derfor rimelig å anta at kunnskapen og kompetansen hos norske logopeder er endret siden 2011.

METODE

Denne spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført i forkant av en forskningssøknad til Norges forskningsråd (NFR) om midler til en studie av stammebehandling for

barnehagebarn. Hensikten med undersøkelsen var å få innsikt i hvilke behandlingstilnæringer som blir benyttet av logopeder i Norge. Dette ble undersøkt ved at logopeder ble bedt om å rapportere innholdet i den behandlingen de tilbyr barnehagebarn. Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) godkjente studien og dens ivaretagelse av respondentenes personvern.

Datainnsamlingsprosedyrer

Spørreskjemaet ble utviklet i Nettskjema og ble distribuert på to ulike måter, både gjennom direkte invitasjon og gjennom e-post med lenke til undersøkelsen. De første som fikk tilsendt en invitasjon til å svare på spørreundersøkelsen var logopeder som ble identifisert gjennom et nettsøk i Google. Søkeordet som ble brukt var logoped sammen med navn på følgende fylker: Østfold, Vestfold, Oslo, Akershus, Buskerud, Hedmark, Oppland, Aust-Agder og Trøndelag. Etter en uke ble påminnelse om å svare på spørreskjemaet sendt ut gjennom en automatisk påminnelsesinnstilling i Nettskjema. Til sammen var det 70 logopeder som mottok undersøkelsen direkte på e-post og kun 4 stykker svarte innen 1 uke. I tillegg informerte 5 logopeder per e-post om at det ikke var relevant for dem å svare på undersøkelsen grunnet deres arbeidsoppgaver. På grunn av få svar ble datainnsamlingsprosedyrene endret for å nå ut til enda flere logopeder; alle ledere av lokallag ble kontaktet og forespurt om å videresende en e-post med informasjon om studien og lenke til spørreskjemaet til sine medlemmer. Det ble bekreftet fra 3 lokallagsledere at e-poster var sendt ut, henholdsvis til medlemmer i Rogaland, Akershus og Oslo.

Utvalg

Totalt 124 logopeder responderte på forespørsel om å besvare spørreundersøkelsen. Logopeder som oppga i spørreskjemaet eller per e-post at de ikke behandlet barnehagebarn (N=7) har ikke blitt inkludert i resultatene. Resultatene baseres derfor på svar fra 117 logopeder.

Spørreskjema om norske logopeders behandling av barnehagebarn

Det egenutviklede spørreskjemaet består av spørsmål om hvilke behandlingstilnæringer som benyttes i logopedisk behandling av barnehagebarn som stammer. Bakgrunnen for disse spørsmålene og svarkategoriene var vår kunnskap og forståelse av norske forhold og internasjonal forskningslitteratur. Det ble også vektlagt at spørreskjemaet skulle være kort og ta liten tid å fylle ut (estimert tid 1-2 minutter) for å øke sannsynligheten for å få mange respondenter.

Følgende fire spørsmål ble stilt i spørreskjemaet (svar-kategorier i parentes): 1) Hvilken type behandling gir du til barnehagebarn som stammer? (indirekte behandling/ direkte behandling / en kombinasjon indirekte og direkte behandling / annen behandling), 2) Hvor ofte bruker du direkte behandling / indirekte behandling / en kombinasjon av direkte og indirekte behandling / annen behandling? (alltid, som oftest, hverken ofte eller sjeldent, sjeldent, aldri) 3) Når du gir direkte behandling, hvilket behandlingsprogram bruker du som oftest? (Westmead, Lidcombe-programmet, flytskapende teknikker, stammemodifiserende teknikker, annet) 4) Når du gir indirekte behandling, hvilket behandlingsprogram bruker du som oftest? (Palin PCI, Restart DCM, egenutviklet kombinasjon av strategier, annet). Ved valg av kategorien *annet* fikk respondenten mulighet til å beskrive behandlingstilnærningen som ble benyttet. Siden logopeders praksis kan være individuelt tilpasset og derfor kan variere fra barn til barn så var det mulig å krysse av for flere alternativer på samtlige spørsmål.

RESULTATER

Tabell 1 gir en oversikt over antall logopeder som benytter indirekte behandling. Totalt sett svarte 103 logopeder at de brukte en indirekte behandling. Majoriteten av logopedene (N=76) svarer at de bruker en behandlingstilnærning bestående av en *egenutviklet kombinasjon av ulike strategier* når de gjennomfører indirekte behandling. Åtte logopeder bruker programmet *Palin PCI* mens 11 bruker programmet *Restart DCM*. Under *Annen indirekte behandling*, er det 8 logopeder som fokuserer på å styrke barnets selvfølelse og tillit gjennom samtale med omsorgspersoner, generell veiledning til omsorgspersoner, samtale med barnet om ord som sitter fast og ufarliggjøring av stamming samt bruk av et annet program.

Tabell 1. Indirekte behandling

	Palin PCI	Restart DCM	Egenutviklet kombinasjon av strategier	Annen indirekte behandling
Antall	8	11	76	8

I Tabell 2 oppsummeres logopeders svar angående direkte behandling. Totalt 11 logopeder har svart på dette spørsmålet; to svarer at de bruker Lidcombe-programmet, de resterende ni svarer at de bruker flytskapende eller stammemodifiserende teknikker.

Tabell 2. Direkte behandling

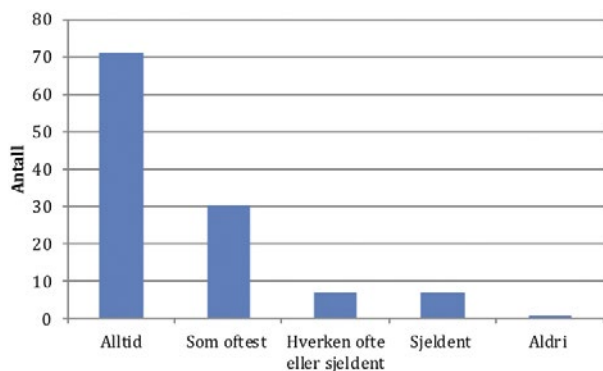
	Lidcombe-programmet	Westmead-programmet	Flytskapende teknikker	Stamme-modifiserende teknikker	Annen direkte behandling
Antall	2	0	6	3	0

I Tabell 3 presenteres logopeders bruk av andre behandlingstilnæringer. 66 logopeder har svart at de benytter en kombinasjon av indirekte og direkte strategier mens en logoped bruker en annen behandlingstilnærming enn de som er nevnt. Det spesifiseres at dette er kognitiv behandling.

Tabell 3. Andre behandlingstilnæringer

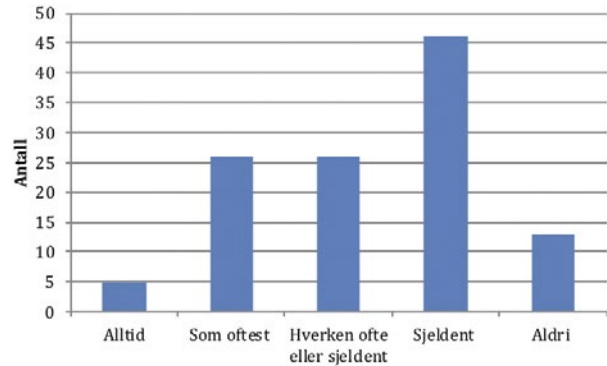
	Kombinasjon av indirekte og direkte behandling	Annen behandling
Antall	66	1

Figur 1-4 viser antall logopeder som bruker de ulike behandlingstilnærmingene *alltid*, *som oftest*, *hverken ofte eller sjeldent*, *sjeldent* og *aldri* når barnehagebarn som stammer får behandling. Som Figur 1 viser, så bruker majoriteten av logopedene alltid et indirekte behandlingsalternativ, og svært få bruker *aldri* indirekte behandling.



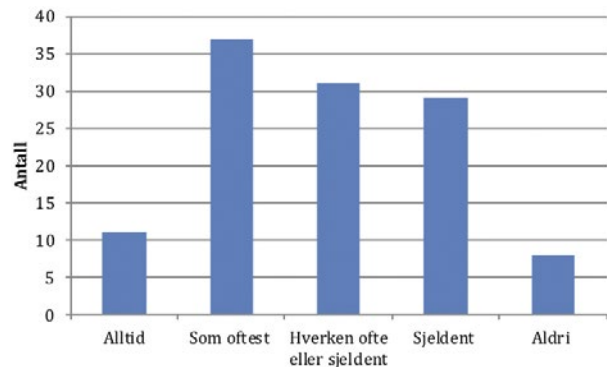
Figur 1. Hyppighet i bruk av indirekte behandling

Som vist i Figur 2, svarer flesteparten av logopedene at de *sjeldent* benytter en direkte behandling alene og få svarer at de *alltid* bruker direkte behandling alene.



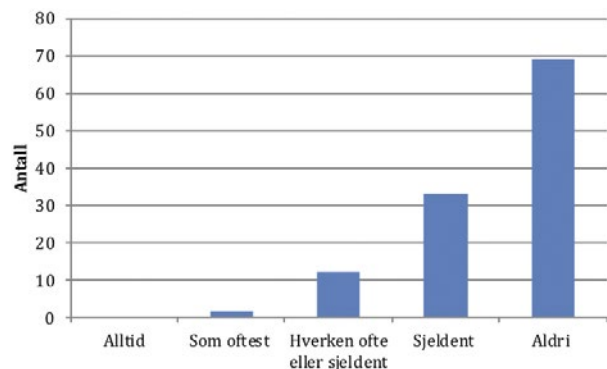
Figur 2. Hyppighet i bruk av direkte behandling

Figur 3 viser at kategoriene *som oftest* eller *hverken ofte eller sjeldent* er hyppigst brukt når logopedene svarer på hvor ofte de bruker en kombinasjon av indirekte og direkte behandling. Et fåtall bruker dette *alltid* eller *aldri*.



Figur 3. Hyppighet i bruk av kombinasjon av indirekte og direkte behandling

Som Figur 4 viser så brukes annen behandling *aldri* av majoriteten av logopedene.



Figur 4. Hyppighet i bruk av annen behandling

DISKUSJON

Resultater fra denne undersøkelsen viser at majoriteten av logopedene benytter indirekte behandling i deres arbeid med barn i barnehagealder som stammer. En egenutviklet kombinasjon av ulike indirekte strategier benyttes av flest. Totalt sett indikerer disse resultatene at svært få bruker de behandlingsprogrammene som er beskrevet og vurdert i forskningslitteraturen. Spesielt fremtredende er det at svært få logopeder (N=13) benytter de to behandlingsprogrammene som anbefales å brukes i behandling av barnehagebarn basert på foreliggende forskningsresultater: Lidcombe-programmet og Restart DCM. Dersom resultatene er representative for populasjonen norske logopeder så indikerer dette at det i svært liten grad jobbes forskningsbasert med stamming hos de aller yngste barna i Norge. Dette er foruroligende fordi det innebærer at de fleste av logopedene gir barn som stammer en behandling som vi ikke vet effekten av, mens kun en liten minoritet gir barna de behandlingsprogrammene hvor det foreligger en dokumentert effekt.

Individuell tilpasning av behandling og egenutviklet kombinasjon av strategier

Siden resultatene viser at majoriteten av logopedene bruker en egenutviklet kombinasjon av strategier så ønsker vi å drøfte dette nærmere. Mange av komponentene og strategiene som benyttes i denne behandlingstilnærmingen vil kunne være lignende de som beskrives i ulike behandlingsprogram. Dette kan oppfattes som å jobbe forskningsbasert da komponentene og strategiene kan ha blitt plukket fra ulike behandlingsprogram som har dokumentert behandlingseffekt. Hovedutfordringen med denne formen for praksis er at effekten av kombinasjonen av de ulike strategiene ikke har blitt undersøkt. For eksempel kan det tenkes at det egenutviklede behandlingsopplegget består av strategier som har effekt isolert og dermed fører til reduksjon/eliminering av stamming. På den andre siden kan det også tenkes at behandlingen har minimal effekt fordi den består av strategier som ikke gir effekt alene eller i kombinasjon med de andre utvalgte behandlingsstrategiene.

En utfordring med behandling som innebærer individuell tilpasning i innhold (kombinasjon av ulike behandlingskomponenter), for eksempel Restart DCM programmet, er at vi ikke vet hvilke komponenter som har effekt og hvilke som ikke har effekt. Resultater fra studier av effekten av individuelt tilpassede behandlingsprogram er vanskelige å tolke fordi behandlingen barna får varierer fra barn til barn. Basert på en multifaktoriell forståelse av stamming vil ulike

barn ha ulike behandlingsbehov (Smith & Weber, 2017). Foreliggende forskning indikerer at stammebehandling har liten eller dårlig effekt for noen barn. Dette gjelder uavhengig av om barna har mottatt behandlingsprogram som innebærer individuell tilpasning av innhold, gjennom Restart DCM, eller ingen individuell tilpasning av innhold, gjennom Lidcombeprogrammet (Sonnevill-Koedot m. fl., 2015)

Siden foreliggende forskning ikke har dokumentert hvilke komponenter av behandlingsprogrammene som er essensielle for at stammebehandling gir effekt og hvilke som ikke er det, vil det kunne være tilfeldig om behandling som baseres på ulike kombinasjoner av behandlingskomponenter består av komponenter som tilsammen har effekt eller ikke. Et motargument til dette er at komponentene som inkluderes i Restart DCM (og muligens også logopedene sine egenutviklede kombinasjon av strategier) baseres på kartlegging av barnets kapasitet og krav i miljøet og at komponentene som inkluderes i behandlingen er de som skaper omstendigheter hvor barnet kan snakke flytende ut ifra sin kapasitet på det nåværende tidspunktet (Franken & Putker-de Bruijn, 2007).

Stammebehandling i barnehagealder – hva er naturlig bedring og hva er effektiv behandling?

Når evidensbasert behandling av barnehagebarn drøftes er det relevant å trekke frem en potensiell feilkilde i tolkning av forskningsresultater fra behandlingsstudier, men også logopeders tolkning av egen praksis og behandlingseffekt. Denne feilkilden er naturlig bedring. Naturlig bedring forekommer hos majoriteten av barnehagebarna som stammer. Men dette kan ta tid, da en stor australsk studie viste at fåtallet av barna (6.3%) sluttet å stamme i løpet av de første 12 månedene etter at stammingen først oppstod (Reilly m. fl., 2013). Dette innebærer at det er stor sannsynlighet for at mange av barna som blir behandlet av logoped ville sluttet å stamme uavhengig av effekten av behandlingen. I klinisk praksis innebærer denne feilkilden at logopeden som gir behandling som ikke har effekt vil oppleve at mange av barna har utbytte av behandlingen, fordi bedring skjer naturlig i tidsrommet hvor behandlingen gis. Den kliniske ekspertisen, som er en av komponentene i evidensbasert praksis, baseres i stor grad på logopedens kliniske erfaringer. Naturlig bedring vil derfor kunne være en avgjørende feilkilde som påvirker logopeders beslutninger om behandlingstilnærming; logopeder vil kunne oppfatte at behandlingen er effektiv og av den grunn fortsette å tilby denne behandlingen. Det faktum at logo-

pedene opplever at den behandlingen de tilbyr er effektiv når barnet slutter å stamme, kan være en forklaring på hvorfor norske logopeders praksis ikke overensstemmer med implikasjoner for forskningsbehandling basert på nyere forskningsresultater. Et viktig spørsmål i denne sammenheng er om det er behandlingen som har ført til reduksjon eller opphør av stammingen. I tidligere studier har det blitt dokumentert betydelig behandlingseffekt i løpet av de tre første månedene etter behandlingsoppstart (de Sonnevile-Koedoot m. fl., 2015; Harris m. fl., 2002; Lattermann m. fl., 2008). Denne informasjonen er viktig for logopeder i evaluering av behandlingseffekt; dersom behandlingen er effektiv bør det observeres en reduksjon av frekvens/ alvorlighetsgrad av stammingen etter at behandlingen har startet opp. Dersom det ikke er en nedgang i alvorlighetsgrad av stamming i løpet av de tre første månedene etter at behandling ble startet indikerer dette at logopeden bør revurdere behandlingstilnærmingen.

Valg av behandling

Valg av behandling bør baseres på alle de tre elementene i evidensbasert praksis; kunnskap om brukeren, klinisk ekspertise og forskningsbasert kunnskap. Trolig finnes det ikke én behandling som passer for alle barnehagebarn som stammer. Det er særlig behov for å utvikle mer kunnskap om gruppen som ikke responderer på behandling. Vi vet noe om hva som er effektivt for større grupper av barn, men vi vet for lite om hvilke individuelle faktorer som spiller inn i opprettholdelsen av stamming for noen barn. Evidensbasert praksis vil dermed også innebære å velge en annen behandling enn behandlingen som har vist dokumentert effekt, dersom de forskningsbaserte behandlingsprogrammene, etter nøye utprøving, ikke har effekt for enkeltindividet. Brukermedvirkning skal også ivaretas. Foreldrenes ønsker for, og eventuelt tidligere erfaring med, stammebehandling må også tas i betraktning. Logopeden er imidlertid fagpersonen som innehar den forskningsmessige kunnskapen, og har ansvar for å formidle denne til foreldre, slik at de sammen kan gjøre gode, informerte valg.

Ut ifra denne undersøkelsen er det ikke mulig å trekke konklusjoner om *hvorfor* norske logopeder benytter de behandlingsformene de faktisk gjør. Faktorer utenfor de som er trukket fram i diskusjonen her er trolig relevante. Det må også fremheves at denne undersøkelsen i liten grad gir innsikt i innholdet i behandlingen som består av en egenutviklet kombinasjon av strategier. Vi anerkjenner at det å tilby stammebehandling med dokumentert effekt i stor grad også er et ressurs spørsmål.

Det må settes av ressurser både til kompetanseheving, og til å sikre at logopedene har tilstrekkelig med tid til å gjennomføre behandling med hvert enkelt barn. Drøftingene om hva som er evidensbasert logopedisk praksis for barnehagebarn som stammer må derfor ikke bare føres internt blant oss logopeder, men også med dem som har budsjettmyndighet og bevilger ressursene. Det er imidlertid veldig viktig at logopeder synliggjør når rammene ikke tillater evidensbasert praksis og når barna ikke får den behandlingen de har behov for.

Begrensinger ved studien

Spørreundersøkelse innebærer å innhente informasjon om de samme variablene fra to eller flere personer (De Vaus, 2002). Bruk av spørreskjema vil derfor innebære at det innhentes informasjon om hvordan de ulike deltakerne erfarer at de gir stammebehandling. Vi kan derfor ikke slutte direkte fra hva logopedene forteller at de gjør til hva som faktisk gjøres i praksis.

Det er en svakhet ved studien at lokallagsledere ble bedt om å distribuere lenken til spørreskjemaet og at det derfor ikke foreligger tilstrekkelig informasjon til å regne ut svarprosent samt informasjon om de logopedene som ikke besvarte undersøkelsen. Dette kan ha påvirket validiteten til studien da det er uvisst om logopedene som besvarte undersøkelsen er representative for populasjonen av logopeder i Norge. En annen svakhet med studien kan være at nyanser om hvordan logopedene jobber kan ha gått tapt, siden det ble valgt en kortere spørreundersøkelse for å få med flest mulig respondenter.

KONKLUSJON

I denne artikkelen har vi argumentert for viktigheten av en forskningsbasert praksis i møte med barnehagebarn som stammer. Å gi effektiv behandling anses som spesielt viktig for gruppen med barnehagebarn som stammer fordi effektiv behandling i denne alderen kan innebære eliminering av stammingen. Resultatene fra vår studie indikerer at logopeder i Norge i liten grad jobber forskningsbasert, da et fåtall benytter behandlingsprogram med dokumentert behandlingseffekt. Imidlertid kan fullpåmeldte kurs i Lidcombe-programmet (Melle et al., 2017) tyde på interesse for og et ønske om å ha de forskningsbaserte metodene i den logopediske verktøykassa.

REFERANSER

- Ambjørnsen, I. (2011) Logopeders arbeid med førskolebarn som stammer: *En kvantitativ undersøkelse*. (Masteroppgave). Institutt for Spesialpedagogikk, Oslo.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2007). Scope of Practice in Speech-Language Pathology. Hentet fra: <https://www.asha.org/uploadedfiles/sp2007-00283.pdf>
- De Vaus, D. (2002). *Surveys in social research* (5th ed.). Australia: Allen & Unwin.
- Clark, C. E., Tumanova, V., & Choi, D. J. P. o. t. A. S. I. G. (2017). Evidence-Based Multifactorial Assessment of Preschool-Age Children Who Stutter. 2(4), 4-27.
- de Sonnevile-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., & Franken, M.-C. (2015). Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. *PLoS one*, 10(7). doi:10.1371/journal.pone.0133758
- Franken, M.-C., & Putker-de Bruijn, D. (2007). Restart-DCM Method. *Treatment protocol developed within the scope of the ZonMW project Cost-effectiveness of the Demands and Capacities Model based treatment compared to the Lidcombe programme of early stuttering intervention: Randomised trial*. <http://www.nedoverstottertherapie.nl>.
- Franken, M.-C. J., Kielstra-Van der Schalk, C. J., & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of fluency disorders*, 30(3), 189-199. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2005.05.002>
- Guitar, B., Kazenski, D., Howard, A., Cousins, S. F., Fader, E., & Haskell, P. (2015). Predicting treatment time and long-term outcome of the Lidcombe Program: A replication and reanalysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(3), 533-544. doi:https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-13-0156
- Guttormsen, L. S., Kefalianos, E., & Næss, K.-A. B. (2015). Communication attitudes in children who stutter: A meta-analytic review. *Journal of fluency disorders*, 46, 1-14. doi:10.1016/j.jfludis.2015.08.001
- Guttormsen, L. S., Yaruss, J.S., & Næss, K. A. B. (2019). Parents' perceptions of the overall impact of stuttering in young children. Manuskript under revidering.
- Harris, V., Onslow, M., Packman, A., Harrison, E., & Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of fluency disorders*, 27(3), 203-214. doi:[https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(02\)00127-4](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(02)00127-4)
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., & Gebski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *bmj*, 331(7518), 659. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.38520.451840.E0>
- Kefalianos, E., Onslow, M., Packman, A., Vogel, A., Pezic, A., Mensah, F., . . . Reilly, S. (2017). The History of Stuttering by 7 Years of Age: Follow-Up of a Prospective Community Cohort. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(10), 2828-2839. doi:10.1044/2017_JSLHR-S-16-0205
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2008). *Practical Intervention for Early Childhood Stammering*. London: Routledge.
- Kingston, M., Huber, A., Onslow, M., Jones, M., & Packman, A. (2003). Predicting treatment time with the Lidcombe Program: Replication and meta-analysis. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38(2), 165-177.
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of communication disorders*, 43(5), 407-423. doi:10.1016/j.jcomdis.2010.05.003
- Lattermann, C., Euler, H. A., & Neumann, K. (2008). A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers. *Journal of fluency disorders*, 33(1), 52-65. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2007.12.002>
- McAllister, J. (2016). Behavioural, emotional and social development of children who stutter. *Journal of fluency disorders*, 50, 23-32. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.09.003>
- Melle, A. H., Hoff, K., Heitman, R. R., Gabrielsen, A.-H. S., Bjørvik, A. T., & Dahl, H. A. (2017). Lidcombe-»Tour« I Norge *Norsk Tidsskrift for Logopedi*(3), 42-43.
- Millard, S. K., Edwards, S., & Cook, F. M. (2009). Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 61-76.
- Millard, S. K., Nicholas, A., & Cook, F. M. (2008). Is parent-child interaction therapy effective in reducing stuttering? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(3), 636-650. doi:10.1044/1092-4388(2008/046)
- Millard, S. K., Zebrowski, P., & Kelman, E. J. A. j. o. s.-l. p. (2018). Palin Parent-Child Interaction Therapy: The Bigger Picture. 27(3S), 1211-1223.
- Månsson, H. (2000). Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of fluency disorders*, 25(1), 47-57. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0094-730X\(99\)00023-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0094-730X(99)00023-6)
- Nippold, M. A. (2018). Stuttering in preschool children: Direct versus indirect treatment. Language, speech, and hearing services in schools, 49(1), 4-12. doi:10.1044/2017_LSHSS-17-0066
- Norsk Logopedlag. (2019, 9. april). Yrkesetiske retningslinjer for medlemmer i Norsk Logopedlag. Hentet fra <https://norsklogopedlag.no/yrkesetiske/>
- Nye, C., Vanryckeghem, M., Schwartz, J. B., Herder, C., Turner, H. M., & Howard, C. (2013). Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56(3), 921-932. doi:10.1044/1092-4388(2012/12-0036)
- Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., . . . Lloyd, W. (2017). The Lidcombe Program Treatment Guide.
- Ratner, N. B. (2018). Selecting Treatments and Monitoring Outcomes: The Circle of Evidence-Based Practice and Client-Centered Care in Treating a Preschool Child Who Stutters. *Language, speech, and hearing services in schools*, 49(1), 13-22. doi:10.1044/2017_LSHSS-17-0015
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O. C., . . . Block, S. (2013). Natural history of stuttering to 4 years of age: a prospective community-based study. *Pediatrics*, 132(3), 460-467. doi:<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-3067>
- Shenker, R. C., & Santayana, G. (2018). *What Are the Options for the Treatment of Stuttering in Preschool Children?* Paper presented at the Seminars in speech and language.
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 1-23. doi:10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343
- Trajkovski, N., Andrews, C., O'Brian, S., Onslow, M., & Packman, A. (2006). Treating stuttering in a preschool child with syllable timed speech: A case report. *Behaviour Change*, 23(4), 270-277. doi:<https://doi.org/10.1375/bech.23.4.270>
- Trajkovski, N., Andrews, C., Onslow, M., O'Brian, S., Packman, A., & Menzies, R. (2011). A phase II trial of the Westmead Program: Syllable-timed speech treatment for pre-school children who stutter. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(6), 500-509. doi:<https://doi.org/10.3109/17549507.2011.578660>
- Trajkovski, N., Andrews, C., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S., & Menzies, R. (2009). Using syllable-timed speech to treat preschool children who stutter: A multiple baseline experiment. *Journal of fluency disorders*, 34(1), 1-10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.01.001>
- Yairi, E., & Ambrose, N. (1999). Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1097-1112. doi:10.1044/jslhr.4205.1097. doi:<https://doi.org/10.3109/17549507.2011.578660>
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38(2), 66-87. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>