

# Lidcombe-programmet i Norge

*En kvalitativ undersøkelse av erfaringer med  
Lidcombe-programmet som tidlig  
intervensjonsprogram for barn som stammer  
i Norge*

Heidi Marie Borgeteien



Masteroppgave i spesialpedagogikk  
ved Det utdanningsvitenskaplige fakultet,  
Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2010



Heidi Marie Borgeteien

# **Lidcombe-programmet i Norge**

*En kvalitativ undersøkelse av erfaringer med  
Lidcombe-programmet som tidlig intervensjonsprogram  
for barn som stammer i Norge*

© Heidi Marie Borgeteien

2010

Lidcombe-programmet i Norge

Heidi Marie Borgeteien

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: CopyCat

# Sammendrag

## Formål og problemstilling

I 2009 arrangerte Norsk logopedlag sertifiseringskurs i Lidcombe-programmet for første gang for logopeder i Norge. Lidcombe-programmet er en direkte stammebehandlingsmetode for førskolebarn, som tidligere ikke har vært benyttet i Norge fordi den bryter med tradisjonell praksis. Formålet med denne undersøkelsen er å få innsikt i erfaringer som kan fortelle noe om utprøvingen av Lidcombe-programmet i Norge. På bakgrunn av dette er følgende problemstilling utledet:

*Hvilke erfaringer har logopeder og foreldre gjort med utprøvingen av Lidcombe-programmet som behandlingsmetode for førskolebarn som stammer i Norge?*

## Metode og utvalg

For å tilegne meg en dypere forståelse for hvordan logopeder og foreldre har erfart utprøvingen av Lidcombe-programmet er det valgt en kvalitativ forskningstilnærming, med bruk av semistrukturert intervju som datainnsamlingsmetode. Den vitenskapsteoretiske rammen rundt undersøkelsen er forankret i fenomenologi og hermeneutikk. Det fenomenologiske perspektivet dreier seg i hovedsak om forskerens forståelse av et fenomen slik det blir erfart av individet selv. En hermeneutisk tilnærming til dataanalysen har gitt mulighet for å få dypere innsikt i Lidcombe-programmet som behandlingsmetode.

Det ble benyttet et formålstjenelig utvalg. I kvalitativ forskning benyttes dette for å innhente dype og rike beskrivelser av fenomenet som skal studeres. Utvelgelsesprosessen i undersøkelsen kan sies å være todelt. Utvalgsriteriene for første del av prosessen var at informantene skulle ha godkjent logopedutdannelse, de skulle ha deltatt på sertifiseringskurset i Lidcombe-programmet og benyttet Lidcombe-programmet i praksis. To logopeder var villige til å stille opp til intervju. Utvalget ble i andre del av prosessen komplettert med to foreldre. Datatriangulering er en strategi som kan gi et rikt og komplekst bilde av det fenomenet som skal studeres.

Analysen av datamaterialet ble gjennomført som en ad hoc meningsgenerering. Det vil si som en eklektisk analyse med en fortolkende tilnærming til meningsinnholdet. Datamaterialet ble analysert i forhold til relevant teori og empiri på feltet.

## **Resultater og konklusjon**

Informantene i undersøkelsen gir totalt sett uttrykk for positive erfaringer med utprøvingen av Lidcombe-programmet. Fordelene ser i følge dem ut til å være mange, både for barnet, foreldrene og logopeden. Ingen av informantene forteller om noen direkte svakheter tilknyttet programmet, men utfordringene i behandlingen ser ut til å være flere. Lidcombe-programmet ser ut til å bli erfart som en velegnet behandlingsmetode for de fleste tilfellene i denne undersøkelsen. Dette impliserer ikke at behandlingen kan passe for alle. Funnene i undersøkelsen, sammen med den teori og empiri som er presentert viser at behandlingen krever tid og engasjement, og god kommunikasjon mellom deltakerne i behandlingen.



# Forord

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til informantene som så verdien i å dele sine erfaringer med meg. Jeg vil også takke de logopedene som hjalp meg med å komme i kontakt med informantene.

Takk til min veileder, Kristine Gilleberg, som har vært en god diskusjonspartner underveis. Du har støttet meg i vanskelige valg jeg har måttet ta på veien, og motivert meg til å stå på videre.

Jeg vil takke mine medstudenter, som har bidratt til innholdsrike skoleår, både faglig og sosialt.

Til slutt vil jeg takke mine nærmeste for støtte og tålmodighet i en hektisk periode. En spesiell takk til min mann som har lettet innspurten gjennom å hjelpe til med ferdigstillelsen av oppgaven, og gjennom å lese korrektur.

November 2010,

Heidi Marie Borgeteien





# Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING .....	1
1.1.1	Bakgrunn og tema.....	1
1.1.2	Formål og problemstilling .....	1
1.1.3	Oppgavens oppbygning .....	2
2	TEORI.....	3
2.1	Hva er stamming?.....	3
2.2	Stamming i førskolealder .....	4
2.2.1	Karakteristikker ved talebruddene.....	4
2.2.2	Bevissthet.....	5
2.2.3	Utvikling av stamming .....	6
2.2.4	Spontanbedring .....	7
2.3	Stammebehandling for førskolebarn .....	8
2.3.1	Tradisjonell stammebehandling.....	8
2.3.2	Atferdsmodifiserende stammebehandling .....	9
2.4	Presentasjon av Lidcombe-programmet.....	10
2.4.1	Hva er Lidcombe-programmet?.....	10
2.4.2	Deltakerne.....	11
2.4.3	Målinger.....	12
2.4.4	Verbale tilbakemeldinger .....	12
2.4.5	Stadium 1: Strukturerte og ustrukturerte situasjoner .....	13
2.4.6	Stadium 2: Opprettholdelse av behandlingseffekten .....	14
2.4.7	Hvor lang tid tar behandlingen? .....	15
2.4.8	Utfordringer i behandlingsprosessen .....	16
2.5	Hvilken effekt har Lidcombe-programmet?.....	17
2.6	Diskusjon rundt Lidcombe-programmet .....	18
2.6.1	Manglende teoretisk grunnlag .....	18
2.6.2	Ensidig fokus .....	18
2.6.3	Negative psykologiske konsekvenser .....	19
2.6.4	Kulturelle og språklige forskjeller .....	20
2.7	Foreldrenes perspektiv på behandlingen .....	21
2.8	Logopedens synspunkter på programmet.....	23

3	METODE .....	24
3.1	Valg av forskningstilnærming og metode .....	24
3.2	Vitenskapsteoretisk ramme .....	24
3.3	Forforståelse .....	25
3.4	Utvalg .....	25
3.5	Datainnsamlingen .....	27
3.5.1	Det kvalitative forskningsintervjuet .....	27
3.5.2	Utarbeidelse av intervjuguiden .....	28
3.5.3	Gjennomføring av intervjuene .....	30
3.6	Bearbeiding og analyse av data .....	32
3.6.1	Transkripsjonen .....	32
3.6.2	Analysen .....	32
3.7	Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet .....	33
3.7.1	Reliabilitet .....	34
3.7.2	Validitet .....	34
3.7.3	Generaliserbarhet .....	36
3.8	Etiske refleksjoner .....	36
4	RESULTATER OG DRØFTING .....	38
4.1	Presentasjon av informantene og behandlingstilfellene .....	38
4.1.1	Informantgruppe 1: Logopedene .....	38
4.1.2	Informantgruppe 2: Foreldrene .....	39
4.1.3	Behandlingstilfellene .....	40
4.2	Logopedens tanker om Lidcombe-programmet .....	42
4.2.1	Lidcombe-programmet i forhold til tradisjonell praksis i Norge .....	42
4.2.2	Sertifiseringskurset som en plattform .....	43
4.2.3	Lidcombe-programmet som en del av logopedens ”verktøykasse” .....	44
4.3	Foreldrenes erfaringer med behandlingen .....	45
4.3.1	Å søke om hjelp .....	45
4.3.2	Forventninger og forutsetninger .....	47
4.3.3	Behandlingsprosessen .....	50
4.4	Utfordringer i Lidcombe-programmet .....	55
4.4.1	Tid og organisering .....	55
4.4.2	Verbale tilbakemeldinger .....	58

4.4.3	Forhold ved barnets stamming .....	61
4.4.4	Kulturelle og språklige forskjeller .....	63
4.5	Fordeler med Lidcombe-programmet .....	66
4.5.1	Positiv effekt på barnets taleflyt .....	66
4.5.2	Positive “sideeffekter” for barnet .....	68
4.5.3	Åpenhet rundt stamming .....	70
4.5.4	Bevisstgjøring hos foreldrene og barnet .....	72
4.5.5	Tett oppfølging fra logopeden .....	75
4.5.6	Tilpasset førskolebarn.....	77
5	AVSLUTNING .....	79
5.1	Oppsummering og konklusjon .....	79
5.2	Avsluttende kommentarer .....	81
	Litteraturliste .....	83
	Vedlegg .....	89





# 1 INNLEDNING

## 1.1.1 Bakgrunn og tema

I april 2009 arrangerte Norsk logopedlag sertifiseringskurs i Lidcombe-programmet for første gang for logopeder i Norge. Tjuefire logopeder deltok på kurset (Sønsterud, 2009).

Lidcombe-programmet er en direkte behandlingsmetode for førskolebarn som stammer (Onslow, 2003a). Programmet ble utviklet på midten av 1980-tallet i Australia, og benyttes i dag av over 80 % av australske logopeder som behandler stamming hos førskolebarn (The Australian stuttering research centre, 2009). Studier dokumenterer god effekt av Lidcombe-programmet i Australia, Tyskland & USA (Harris, Onslow, Packman, Harrison & Menzies, 2002; Lattermann, Euler & Neumann, 2008; Miller & Guitar, 2009), og programmet har etter hvert også fått grobunn i Skandinavia. I Danmark og Sverige er det flere logopeder som har tatt sertifiseringen (Sønsterud, 2009).

Lidcombe-programmet har fram til nylig ikke blitt brukt blant logopeder i Norge fordi programmet bryter med den tradisjonelle praksisen som har vært benyttet innenfor stammebehandling av førskolebarn her i landet. Det har vært tradisjon for en mer indirekte tilnærming til behandling av stamming hos førskolebarn, med vekt på å tilrettelegge talemiljøet rundt barnet framfor å behandle stammingen direkte (Hansen & Herland, 2003).

Siden Lidcombe-programmet såpass nylig har gjort inntog i det norske logopedmiljøet har det ikke blitt gjort noen studier av programmet i Norge. Det er skrevet to masteroppgaver om emnet ved universitetet i Oslo, men dataene i disse undersøkelsene er hentet fra Australia og Danmark (Hansen & Herland, 2003; Solheim, 2008). Sønsterud (2009) skriver at flere av deltakerne på sertifiseringskurset har uttrykt at de ønsker å prøve ut programmet i egen praksis.

## 1.1.2 Formål og problemstilling

For at et nytt behandlingsprogram skal kunne implementeres er det viktig å innhente og dele informasjon, kunnskap og erfaring rundt programmet gjennom forskningsbasert litteratur. Formålet med denne undersøkelsen er å få innsikt i erfaringer som kan fortelle noe om

utprøvingen av Lidcombe-programmet i Norge. Den overordnede problemstillingen i undersøkelsen er:

*Hvilke erfaringer har logopeder og foreldre gjort med utprøvingen av Lidcombe-programmet som behandlingsmetode for førskolebarn som stammer i Norge?*

Problemstillingen inneholder ingen hypoteser og er av eksplorerende og beskrivende karakter. Den overordnede problemstillingen belyses med disse forskningsspørsmålene:

- 1. Hvordan opplever logopeden at Lidcombe-programmet skiller seg fra tradisjonelle behandlingsmetoder for denne målgruppen i Norge?*
- 2. Hvordan opplever logopeden at sertifiseringskurset i Lidcombe-programmet har gjort logopeden i stand til å bruke programmet i praksis?*
- 3. Hvordan opplever foreldrene at behandlingen i Lidcombe-programmet har vært for dem og deres barn?*
- 4. Hvordan opplever logopeden at Lidcombe-programmet har vært som behandlingsmetode?*

### **1.1.3 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven er bygd opp av fem kapitler som utgjør hoveddelene i oppgaven. kapittel 1 omfatter denne delen, og er innledning til oppgaven. Her har jeg redegjort for bakgrunnen og temavalg for oppgaven. Jeg har gjort rede for undersøkelsens formål, og for oppgavens problemstilling. I kapittel 2 vil det bli redegjort for sentral teori tilknyttet problemstillingen. Denne delen danner grunnlag for senere drøfting av resultatene. Kapittel 3 presenterer leddene i forskningsprosessen, og redegjør for metodevalg som er tatt underveis. I tillegg drøftes kvaliteten i undersøkelsen, og etiske hensyn som er tatt i forbindelse med studien. I kapittel 4 presenteres undersøkelsens funn. Parallelt med presentasjonen drøftes funnene opp mot relevant teori og empiri. I kapittel 5 avsluttes oppgaven med en oppsummering og konklusjon av funnene. I tillegg presenteres avsluttende kommentarer som innebærer refleksjoner jeg har gjort i etterkant av undersøkelsen. Alle vedleggene er å finne bakerst i oppgaven.



## 2 TEORI

Dette kapitlet redegjør for sentral teori tilknyttet undersøkelsenes problemstilling, og danner grunnlag for senere drøfting av resultatene.

### 2.1 Hva er stamming?

Stamming forekommer i alle deler av verden på tvers av kjønn, alder, kulturell- og sosial bakgrunn (Van Riper, 1971; Guitar, 2006). Det antas at 1 % av befolkningen stammer, og at 5 % har stammet på et tidspunkt i livet (Andrews, 1985). Stamming betraktes av de fleste i dag som en kompleks og ”multifaktorell” forstyrrelse bestående av lingvistiske, kognitive, emosjonelle, motoriske og kommunikative faktorer (Van Riper, 1971; Bloodstein, 1995; Smith, 1999; Guitar, 2006). Det er vanlig å dele stammingen inn i kjerneatferd og sekundær atferd. Kjerneatferden er taleatferden som hovedsakelig karakteriseres ved abnormal høy frekvens av brudd i taleflyten, og som antas å være ufrivillig. Begrepet taleflyt kan defineres som uanstrengt flyt i talen (Van Riper, 1982; Guitar, 2006). Sekundær atferd innebærer ”tilleggsatferd” som antas å være lært. Denne atferden manifesteres ofte i bevegelser eller lyder som har som hensikt å ”få ordene ut”, og/eller i unngåelse og omskrivninger av visse setninger og ord. I tillegg kommer følelser og holdninger hos individet. Følelsesmessige reaksjoner på stamming kan inkludere frustrasjon, skam, frykt, skyld og sinne. Personen som stammer har ofte negative holdninger til seg selv (Guitar, 2006).

Det eksisterer ingen felles enighet rundt underliggende årsaksforklaringer på stamming. Shapiro (1999) skiller i denne sammenhengen mellom predisponerende, fremkallende og opprettholdende faktorer. Dette kan være en nyttig inndeling for å få oversikt over de ulike årsaksteoriene som eksisterer innenfor feltet. En rekke familie- og tvillingstudier har framstilt sterke beviser for arvelighet som en predisponerende faktor for stamming (Yairi & Ambrose, 2005; Guitar, 2006). Hvordan genetikk fører til stamming, og hva som fremkaller og opprettholder stamming er derimot uklart (Yairi & Ambrose, 2005). Det er gjort funn som tyder på at utviklingen av hjernen hos personer som stammer på en eller annen måte er ”abnormal” i forhold til organisering av tale og språk (Alm, 2005). At stamming oppstår hos de fleste i 3-årsalderen (Yairi & Ambrose, 2005) kan indikere en språkutviklingsmessig komponent i fremkallende faktorer for stamming. Læring betraktes av mange å være en nøkkelfaktor i opprettholdelsen og alvorlighetsgraden av stamming (Starkweather, 1997). En

sentral utfordring som forskere står overfor i søken etter mulige årsaksforklaringer er forholdet mellom hva som er årsak og hva som er effekt (Guitar, 2006).

I tillegg til manglende enighet rundt årsaksfaktorer utgjør individer som stammer en heterogen gruppe med store variasjoner hos- og mellom individer. Som en konsekvens har det å definere stamming på en universelt akseptert måte vist seg som en vanskelig oppgave. Jeg velger her å presentere en definisjon av WHO i ICD-10 som baserer seg på kjerneatferd:

*Speech that is characterized by frequent repetition or prolongation of sounds or syllables or words, or by frequent hesitations or pauses that disrupt the rhythmic flow of speech. It should be classified as a disorder only if its severity is such as to markedly disturb the fluency of speech* (World Health Organization [WHO], 2007).

Dette er en beskrivende definisjon (Shapiro, 1999). Fordi det er relativt bred enighet om at stamming er en multifaktorell forstyrrelse har en slik definisjon blitt kritisert for å utelukke vesentlige faktorer ved stamming (Bloodstein, 1995). Sheehan (1970) skriver at den hørbare taleatferden bare er en liten del av stammebildet, og vektlegger følelsesmessige komponenter og vansker med kommunikasjon framfor en beskrivelse av kjerneatferden. Tross i kritikken er brudd i taleflyten den mest brukte parameteren for å beskrive og definere stamming (Yairi & Ambrose, 2005).

Det er i følge Yairi og Ambrose (2005) viktig å skille mellom stamming som forstyrrelse og stamming som hendelse, og mellom lytterens oppfatning av stamming og talerens opplevelse av stamming, når det bestemmes hva en definisjon skal inneholde. En beskrivelse av talebruddene kan være spesielt viktig for tidlig identifisering av stamming, fordi dette ofte er de eneste åpenbare karakteristikken vi kan observere på et så tidlig stadium. Følelsesmessige reaksjoner og holdninger er ikke alltid like tydelige på dette tidspunktet. Tidlig identifisering av stamming har en avgjørende konsekvens for behandling av stamming hos førskolebarn.

## **2.2 Stamming i førskolealder**

### **2.2.1 Karakteristikker ved talebruddene**

I en longitudinell studie av stamming i førskolealder har Yairi og Ambrose (2005) utviklet et klassifiseringssystem som beskriver ulike typer talebrudd. Systemet inneholder både

kjerneatferd og sekundær atferd. Jeg velger å bruke dette klassifiseringssystemet som et utgangspunkt for å beskrive de karakteristiske trekkene ved tidlig stamming fordi den er basert på studier av førskolebarn.

*Delordsrepetisjoner* inkluderer repetisjoner av lyder og stavelser: ”o-og”, ”ma-ma-mamma”. Det blir ikke gjort noe skille mellom lyd- og stavelsesrepetisjoner. Gjentakelse av segmenter lengre enn én stavelse eller ord, som ”unnsk-unnskyld”, betegnes som *multiple stavelsesrepetisjoner* (Yairi & Ambrose, 2005). *Enstavelsesord repetisjoner* omfatter repetisjoner av hele enstavelsesord: ”men-men”, ”og-og” (Yairi & Ambrose, 2005). I følge Guitar (2006) er repetisjoner av delord og enstavelser den mest observerte kjerneatferden hos barn som akkurat har begynt å stamme. *Urytmisk fonasjon* inkluderer hørbare eller ikke hørbare lydforlengelser eller blokkeringer. Disse identifiseres bare inne i ord (Yairi & Ambrose, 2005). Guitar (2006) deler lydforlengelser og blokkeringer inn i to ulike kategorier. Lydforlengelser innebærer at barnets luftstrøm fortsetter, men at artikulasjonen stopper. Blokkeringer vil si at barnets luftstrøm, stemme og/eller artikulasjonen stopper opp. Han skriver at blokkeringer vanligvis er en av de siste kjerneatferdstrekkene som forekommer. *Interjeksjoner* inkluderer ekstra, ”irrelevante” lyder som ”um”, ”uh”, og ”eh” (Yairi & Ambrose, 2005). Guitar (2006) beskriver denne typen talebrudd som sekundær atferd. Han skriver at interjeksjoner på lik linje med kroppslige bevegelser som f. eks blinking har som hensikt å ”få ordene ut”, og forsterkes når denne atferden oppnår sin hensikt. *Revisjoner og utelatte ytringer* innebærer en type talebrudd som inkluderer tilfeller der ytringer modifiseres eller ikke fullføres (Yairi & Ambrose, 2005). I følge Guitar (2006) er denne kategorien også en del av sekundær atferd ved stamming, som en måte å unngå stammingen på.

### **2.2.2 Bevissthet**

I tidlige teorier ble det antatt at yngre barn i utgangspunktet ikke er bevisst på sine egne talebrudd, og at bevissthet er en utløsende faktor for stamming (Yairi & Ambrose, 2005; Boey et al., 2009). Yairi og Ambrose (2005) påpeker at små barn vanligvis ikke kommenterer taleflytvanskene direkte, men at barnet kan vise indirekte atferd som indikerer at barnet er bevisst på stammingen. Boey et al. (2009) rapporterer om at majoriteten av førskolebarna i deres undersøkelse så ut til å være bevisst på sin egen stamming. Denne antagelsen ble basert på foreldrenes observasjoner av barnet. Bevisstheten kom spesielt til uttrykk ved at barnet

sluttet å snakke eller forlot situasjonen de befant seg i. Jo eldre barnet ble, desto mer frustrasjon, ved f.eks. å uttrykke sinne, viste barnet overfor stammingen.

### 2.2.3 Utvikling av stamming

Det er gjort flere forsøk på å beskrive hvordan stamming utvikler seg (Van Riper, 1971; Bloodstein, 1995; Guitar, 2006). Jeg har valgt å bruke Guitar (2006) sin beskrivelse av utviklingsnivåer fordi den har bred aksept i det logopediske miljøet i Norge. I følge Guitar (2006) kan utviklingen av stamming typisk deles inn i fem utviklingsnivåer: normal ikke-flyt, grensestamming, begynnende stamming, overgangsstamming og avansert stamming. Denne inndelingen gjør han med tanke på alder, kjerneatferd, sekundær atferd, emosjoner og holdninger. I følge denne modellen vil førskolebarn som stammer aldersmessig være i en utvikling et sted mellom normal ikke-flyt, grensestamming, og begynnende stamming. Jeg skal derfor kort redegjøre for disse nivåene.

Guitar (2006) påpeker at barn i førskolealder varierer i grad av taleflyt, både sammenlignet med andre barn og periodevis hos samme barn. For å skille *normal ikke-flyt* fra stamming vurderer han mengde og type av talebrudd som forekommer. Under 10 % talebrudd anses som innenfor normalen. Type talebrudd som forekommer er som regel repetisjoner av hele ord eller stavelser, interjeksjoner og revisjoner. Det er mest vanlig at normale talebrudd består av én, høyst to repetisjoner. Talebruddene kommer tidlig i syntaktiske strukturer eller mellom ord. Et barn med normal ikke-flyt viser ingen eller lite bevissthet rundt talebruddene og har ingen sekundær atferd (ibid). Denne taleatferden har i Norge blitt betegnet som småbarnsstotring (Preus, 1990; Mørk, 2007).

Når Guitar (2006) bruker begrepet *grensestamming* beskriver han barn som ligger i ”grenseland” mellom normal ikke-flyt og stamming. Talebruddene har stort sett de samme karakteristikkene som normal ikke-flyt, men opptrer hyppigere med en prosentandel på over 10 %. Talebruddene består ofte av mer enn to repetisjoner, og det forekommer flere gjentakelser og forlengelser enn revisjoner og interjeksjoner. Barn på dette nivået viser lite eller ingen bevissthet rundt talebruddene og sjelden sekundær atferd.

Ved *begynnende stamming* øker barnets muskelspenninger, urytme og hurtighet i talebruddene. Barnet stammer oftere, blir mer bevisst og kan begynne å føle frustrasjon. Når begynnende stamming etter hvert utvikler seg kommer de første tegnene på blokkeringer. I

tillegg utvikles sekundær atferd. Barn på dette nivået viser ofte såkalt ”komme-seg-gjennom” atferd, som for eksempel å nikke med hodet eller blunke for å forsøke å presse ut ordet (Guitar, 2006).

Fortsetter stammingen inn i puberteten kan det bli en livslang forstyrrelse med negativ innvirkning på kommunikasjonsferdigheter, sosial og emosjonell utvikling (Guitar, 2006; Curlee, 2007). Yairi og Ambrose (2005) påpeker at det opptegnede bildet av stamming som et gradvis voksende monster er lite sannsynlig for de aller fleste barn som begynner å stamme. Det er mange individuelle forskjeller mellom barn som stammer, og den typiske utviklingstrenden for tidlig stamming viser seg å være en redusering av alvorlighetsgrad.

Yairi og Ambrose (2005) bruker termene ”*Persistent stuttering*” og ”*recovery*” for å beskrive om barnet fortsetter eller slutter å stamme. Jeg velger å oversette disse termene til *vedvarende stamming* og *bedring*. Vedvarende stamming innebærer at stammingen må ha vart i minst fire år fra barnet startet å stamme. Bakgrunnen er at for stamming som varer i mindre enn fire år vil langtidseffektene av stammingen som regel være minimale for barnet. I operasjonaliseringen av begrepet bedring skriver Yairi og Ambrose (2005) at det må ha vært fravær av stamming hos barnet i minimum 12 måneder for å betegne barnets stamming som bedret. Disse barna viser få tilbakefall.

## 2.2.4 Spontanbedring

En stor andel, beregnet mellom 68 % og 85 %, av førskolebarn som begynner å stamme slutter å stamme innen de tre første årene etter de startet som en følge av *spontanbedring* (Yairi & Ambrose, 2005). Spontanbedring innebærer eliminering av stamming uten profesjonell hjelp eller behandling (Harris et al., 2002). Raten for spontanbedring ser ut til å bli mindre etter hvert som barnet har stammet lengre (Yairi & Ambrose, 2005). Det er vanskelig å forutse hvilke barn som bedres spontant og hvilke barn stammingen vil vedvare for (Packman, Onslow og Attanasino, 2003; Curlee, 2007). Enkelte forskere har klart å identifisere en del faktorer som ser ut til å kunne predikere spontanbedring.

I tillegg til å ha stammet i relativt kort tid virker det som gode språklige evner kan påvirke spontanbedring. Dette ser ut til å gjelde spesielt for fonologiske evner. Kjønn har også vist seg å være en sentral faktor. Jenter ser ut til å ha større sjans for spontanbedring enn gutter (Guitar, 2006). Familiehistorie er en annen prediktiv faktor. Yairi og Ambrose (2005)

rapporterer om at det kan være så mye som 88 % av barn med vedvarende stamming som har stamming i familien. I tillegg har de funnet ut at type familiehistorie ser ut til å være av betydning. Om stammingen i familien har vedvart eller blitt bedret ser ut til å være en sterk prediktiv faktor for om barnets stamming vedvarer eller bedres (Yairi & Ambrose, 2005; Guitar, 2006). Prediktive faktorer for spontanbedring kan ha direkte implikasjoner for tidlige intervensjonsstrategier. (Yairi & Ambrose, 2005).

## 2.3 Stammebehandling for førskolebarn

Stammebehandling er faglige tiltak som iverksettes for å fjerne, redusere eller modifisere stammingen (Preus, 1977). Innenfor stammebehandling for førskolebarn skilles det vanligvis mellom indirekte og direkte behandling, men det er ikke slik at disse alltid brukes hver for seg. Tilnærmingene brukes ofte i kombinasjon. *Indirekte behandling* innebærer tilrettelegging av miljøet rundt barnet. Formålet er å skape mest mulig taleflyt uten å rette barnets oppmerksomhet mot egen stamming, og uten å forsøke å endre på barnets talemønster direkte. Dette gjøres primært gjennom veiledning av foreldrene og andre personer i barnets miljø, og gjennom modelløring (Starkweather, 1997; Guitar, 2003; Richels & Conture, 2007). *Direkte behandling* karakteriseres ved eksplisitte eller åpne forsøk på å lære barnet hvordan det skal endre stammeatferd. Det overordnede målet er å opprettholde og overføre normal eller tilnærmet normal taleflyt samtidig som positive holdninger for kommunikasjon opprettholdes (Shapiro, 1999).

### 2.3.1 Tradisjonell stammebehandling

Stammefeltet i Skandinavia har siden 1950-tallet og opp til i dag vært influert av de amerikanske tradisjonene dominert av en indirekte tilnærming til behandling av stamming (Alm, 2005). Dette kan ses i sammenheng med den mentalhygieniske bevegelsen i USA generelt, og med Johnsons og Van Rippers teorier om stammingens opprinnelse og utvikling (Preus, 1977; Guitar, 2003).

I følge Johnson (1942, ref. i Onslow, Menzies & Packman, 2001) utviklet stamming seg fra normal ikke-flyt i løpet av de første leveårene, gjennom at foreldrene feiltolket de normale talebruddene og dermed gjorde barnet bevisst på at talen ikke var flytende. Dette la press på barnet om å slutte med talebruddene. Det ble advart mot å arbeide direkte mot barnets tale, og

det ble gitt råd om at det ikke skulle gis oppmerksomhet på stammingen (Guitar, 2003). På bakgrunn av dette synet rådet det inntil slutten av 1980-tallet en ”vente og se”-holdning, med bruk av en ren indirekte tilnærming til behandling av førskolebarn som stammer (Starkweather, 1997; Packman et al., 2003). I tillegg til å tilnærme seg behandling av stamming gjennom indirekte metoder arbeidet Van Riper (1971) og hans tilhengere på sin side noe direkte med førskolebarn som stammer gjennom positiv og negativ forsterkning av stammeatferd. Tross i dette arbeidet advarte også Van Riper foreldrene mot å gjøre barnet oppmerksom på stammingen. Den innflyteserike, norske logopeden Alf Preus (1977) skrev i tråd med denne tilnærmingen at det burde praktiseres tilbakeholdenhet med direkte behandling av mindre barn. Han skrev at direkte behandling kunne gjøre at barnet utviklet mindre toleranse overfor talebruddene.

På 1980-tallet ble den indirekte tilnærmingen i USA modifisert til å inkludere noen direkte komponenter, samtidig som hovedfokuset fortsatt lå på barnets miljø (Guitar, 2003). Gjennom forutsetnings- og forventningsteorien introduserte Starkweather (1997) en bredere forståelsesramme for stamming som fikk stor gjennomslagskraft i Norge. Teorien hevder at stamming oppstår ved at forventninger i miljøet, inkludert talemotoriske, språkproduksjonsmessige, sosiale, emosjonelle og kognitive krav, overstiger barnets talemotoriske, språklige, sosiale, emosjonelle og kognitive forutsetninger (Starkweather, 1997). I følge Guitar (2003) ledet forutsetnings- og forventningsteorien til at behandling av førskolebarn hovedsakelig ble rettet mot å redusere forventninger i miljøet. Veiledning og opplæring av foreldrene ble hovedfokus. Foreldrene ble oppmuntret til å være åpne rundt barnets stamming, men gjennom å være gode talem modeller for barnet framfor å rette oppmerksomheten direkte mot stammingen. Det ble også fokusert på å redusere negative følelser rundt stammingen hos både foreldrene og barnet gjennom å jobbe mot akseptering av stammingen.

### **2.3.2 Atferdsmodifiserende stammebehandling**

På bakgrunn av en banebrytende studie av Martin, Kuhl og Haroldson i 1972 vokste det på 1980-tallet samtidig frem en direkte tilnærming med systematisk bruk av operante metoder som behandling for førskolebarn som stammer (Guitar, 2003). Undersøkelsen utfordret det gjeldende synet om at direkte oppmerksomhet rettet mot stamming kan gjøre stammingen verre, og viste heller at en slik tilnærming kan fremme bedring (Martin, Kuhl & Haroldson,

1972). Studien var forløper for utviklingen av Lidcombe-programmet (Onslow et al., 2001). Begrepet operant referer til en type læringsmekanisme der atferd påvirkes av konsekvensene som følger den. En konsekvens som styrker atferden kalles en forsterker, mens en konsekvens som svekker atferden kalles straff. Bruken av operante metoder i behandling betegnes som atferdsmodifikasjon (Passer & Smith, 2004). Yairi og Ambrose (2005) påpeker at stamming sett fra et læringsteoretisk perspektiv og utviklingsmodeller for stamming går hånd i hånd som et rasjonale for tidlig intervensjon med bruk av atferdsmodifikasjon. Hvis stamming utvikles ved læring gjennom en prosess fra normal tale til abnormal tale med en økning i alvorlighetsgrad, så bør denne prosessen også kunne stoppes gjennom læring.

## 2.4 Presentasjon av Lidcombe-programmet

### 2.4.1 Hva er Lidcombe-programmet?

Lidcombe-programmet er et tidlig intervensjonsprogram for førskolebarn som stammer (Felby, 2006). Programmet ble utviklet i Australia på midten av 1980-tallet, som et samarbeidsprosjekt mellom forskere ved universitetet og profesjonelle klinikere ved stammeenheten ved Bankstown Health service i Sydney. Teamet ble ledet av professor Mark Onslow (Guitar, 2003; The Australian stuttering research centre, 2009). Lidcombe-programmet er et atferdsmodifiserende behandlingsprogram. Behandlingsmålet er å eliminere stammingen (Onslow, 2003a; Harrison, Onslow & Rousseau, 2007). I Lidcombe-programmet forstås stamming hovedsakelig som en talemotorisk vanske. Onslow et al. (2001) definerer stamming som *"a speech motor disorder caused to some extent by genetic factors."* (s.116). Onslow (2003a) skriver at programmet innlemmer begrepet "stammingsøyeblikket" i sin terminologi, og behandlingen beskjeftiger seg kun med kjerneatferden.

Lidcombe-programmet er ikke utviklet ut i fra en teoretisk bakgrunn (Onslow, 2003a). Programmet tar utgangspunktet i empiriske bevis, og bygger på forskning som har undersøkt operante egenskaper ved stamming og atferdsteoretiske prinsipper som er brukt i behandlingen av stamming (Attanasio, 2003; Packman 2003). Programmet skiller seg hovedsakelig fra tradisjonell stammebehandling ved at barnet gjøres oppmerksom på stammingen. Det som skiller Lidcombe-programmet fra tidligere atferdsrettet behandling som har tatt i bruk operante metoder er at de benyttes systematisk (Guitar, 2003).



Den direkte behandlingen i Lidcombe-programmet blir utført av foreldrene til barnet som stammer, i barnets hverdagsmiljø (Onslow, 2003a). Hovedkriteriet for igangsetting av behandlingen er at barnet utvilsomt stammer. Stammen må ha vart i minst ett år før behandlingen implementeres, for å gi rom for spontanbedring. Behandlingen må påbegynnes før barnet er 6 år (Harrison & Onslow, 2010). De mest sentrale komponentene i Lidcombe-programmet er *deltakerne*, *målinger* og *verbale tilbakemeldinger*. Disse komponentene implementeres og gjennomføres i to *stadier* (Onslow, 2003a).

## 2.4.2 Deltakerne

Lidcombe-programmet er rettet mot barn i alderen 3 – 6 år (Felby, 2006). Det stilles ingen krav til barnet i behandlingen. Barnet skal delta i aktiviteter med foreldrene og logopeden, og de skal ha det gøy (Harrison & Onslow, 2010). Behandlingen skal tilrettelegges for hvert enkelt barn, med individuelle behandlingsopplegg (Onslow, 2003a).

At foreldrene er behandlere i Lidcombe-programmet baserer seg på at det er foreldrene som kjenner barnet sitt best og som har den næreste relasjonen til barnet (Felby, 2006). I tillegg kan behandlingen utføres daglig i hverdagslige talesituasjoner utenfor logopedens kontor. Det kan utelukke vansker med generalisering (Onslow, 2003a). I følge Harrison og Onslow (2010) er det som regel moren som fyller behandlerrollen i Lidcombe-programmet, selv om far eller andre nære personer i familien også kan gå inn i rollen. Foreldrene skal gjøre daglige vurderinger av barnets stamming. De skal utføre lekeaktiviteter med barnet og de skal ha ukentlige møter med logopeden (Felby, 2006).

Logopedens rolle i Lidcombe-programmet er å lære foreldrene hvordan behandlingen skal utføres, og å overvåke behandlingsforløpet (Onslow, 2003a; Felby, 2006). Logopeden har ansvaret for progresjonen i behandlingen, og for at alle komponentene i behandlingen blir benyttet optimalt for både barnet og foreldrene (Harrison & Onslow, 2010). Det kreves ingen formell trening i form av lisens for å benytte seg av Lidcombe-programmet, men det anbefales likevel å delta på et kurs for å få tilstrekkelig kunnskap og forståelse for hva behandlingen innebærer. I dag finnes det 13 Lidcombe-instruktører rundt om i verden som gjennomfører slike kurs. Et kurs er ingen garanti for at logopeden bruker programmet korrekt. Det er viktig å anerkjenne den stadige treningen som ligger i erfaring med behandlingen, og i dialog med andre logopeder som har erfaring med programmet (ibid).

### 2.4.3 Målinger

Målinger av barnets stamming er et essensielt verktøy som brukes gjennom hele behandlingen i Lidcombe-programmet. Målingene benyttes i første omgang for å kartlegge omfanget av stammingen, og for å bestemme om og når behandlingen skal implementeres. I andre omgang er målingene viktige for å spesifisere ulike behandlingsmål. Målingene er med på å kvantifisere behandlingsresultater i vurderingen av hvordan barnet responderer på behandlingen. For å passe på at behandlingseffekten vedvarer, brukes målingene også i stadium 2 (Lincoln & Packman, 2003). Programmet bruker tre ulike målinger:

*“Percentage of syllables stuttered” (% SS)* måler prosentandel av stammede stavelser. Målingen er basert på 300 stavelser av barnets tale, og måles konkret ved å trykke på en knapp for hvor mange stavelser barnet stammer på og hvor mange det ikke stammer på (Onslow et al., 2001). Denne målingen gjøres av logopeden ved hvert kliniske besøk. *“10 point stuttering severity rating” (SR)* måler alvorlighetsgraden av stammingen og involverer en bedømmelse av barnets stamming ut i fra en skala fra én til ti. Målingen gjøres i samarbeid mellom foreldrene og logopeden, og baserer seg på barnets taleproduksjon i naturlige situasjoner. *“Stutters per minute of speaking time” (SMST)* er en måling av hvor ofte stamming inntreffer per minutt. Antall stammede stavelser deles på barnets taletid for å kalkulere SMST. Denne målingen anses ikke som nødvendig, men kan være til hjelp når logopeden er bekymret for reliabiliteten av foreldrenes skåring på alvorlighetsskalaen (Lincoln & Packman, 2003).

### 2.4.4 Verbale tilbakemeldinger

Ros og korrigerende, i form av verbale tilbakemeldinger fra foreldrene, er den fundamentale behandlingskomponenten i Lidcombe-programmet (Onslow et al., 2001; Onslow, 2003b). Det er to responser som er viktige i programmet: stammefri tale og stamming. En tommelfingerregel er at foreldrene skal understreke stammefri tale minst fem ganger mer enn stamming (Onslow, 2003b). Foreldrene læres også opp til å korrigere stamming på en positiv og ”ikke-straffende” måte (Onslow et al., 2001). Jeg har valgt å eksemplifisere ved hjelp av engelskspråklige ytringer hentet fra litteraturen. Grunnen til dette er at det ikke er laget en standardisering av norske termer som brukes i behandlingen.

Foreldrene skal *bevisstgjøre barnets stammefrie tale og stamming*. Dette gjøres gjennom at foreldrene anerkjenner at en respons har inntruffet: ”That was smooth”, ”smooth talking”, ”There was a little bump there”. Tilbakemeldingene skal ikke inneholde noen form for verdisetting av hendelsen, og den skal ikke forstyrre flyten i samtalen. Denne bevisstgjøringen introduserer barnet for prosedyrene i programmet (Onslow, 2003b).

Foreldrene skal *rose* barnet. Ros inneholder en positiv evaluering: ”lovely smooth talking”, ”Great! No bumps. That sounded so good”. Ros skal gis stammefri tale og eventuelt spontan selvkorreksjon og selvevaluering. Spontan selvkorreksjon og selvevaluering er ikke en nødvendig del av programmet, men responser som logopedene gjerne ønsker å se. Bruken av ros må ikke overdrives. Overdreven bruk av ros fører ofte til repetitive verbale mønstre, som kan skape negative reaksjoner (Onslow, 2003b).

Foreldrene skal *be om selvevaluering av stammefri tale*, gjennom å spørre barnet om utsagnet var stammefritt i perioder med stammefri tale: ”Was that smooth?”, ”Were there any bumps there?”. Det skal ikke fokuseres på stammingen. Foreldrene bør selvfølgelig rose korrekt svar fra barnet, og anerkjenne når barnet forsøker selv om svaret kanskje ikke er korrekt (Onslow, 2003b).

Foreldrene skal *be om selvkorreksjon av stamming*. Onslow (2003b) skriver at dette er den mektigste behandlingsagenten i Lidcombe-programmet. Her skal foreldrene utvide teknikken fra å anerkjenne at stamming har inntruffet til å be barnet om å korrigere seg selv. En variant av dette er å stille spørsmål til barnet: ”That was bumpy. Do you want to try it again?”. Spørsmålene kan utvikles etter hvert som foreldrene og barnet blir trygge på behandlingen: ”See if you can say “dog” without the bump.”, til ”You had a stuck word. Try it again”. Om barnet korrigerer stammingen skal foreldrene rose barnet: ”Very good, you got rid of the bumps”. Om barnet ikke klarer å korrigere stammingen må foreldrene fortsatt si noe støttende og oppmuntrende til barnet (ibid).

Det er logopedene som demonstrerer teknikkene, for at foreldrene så skal bruke dem og få tilbakemelding fra logopedene (Onslow, 2003b).

#### **2.4.5 Stadium 1: Strukturerte og ustrukturerte situasjoner**

I stadium 1 er målet å eliminere stammingen. I dette stadiet besøker barnet og foreldrene logopedkontoret hver uke for å implementere prosedyrene og for å overvåke utviklingen (Onslow, 2003a). Behandlingen i stadium 1 utføres i to ulike formater: strukturerte og ustrukturerte situasjoner

Behandlingen i *strukturerte situasjoner* utføres som daglige sekvenser i hjemmet, i ca 10-15 minutter, én eller to ganger om dagen. Økten kan innebære å sitte med en bok eller spille et spill. Poenget er å legge til rette for gode talesituasjoner (Onslow et al., 2001). Bakgrunnen for å starte med behandling i strukturerte situasjoner er at logopeden skal forsikre seg om at foreldrene presenterer verbale tilbakemeldinger korrekt og trygt, for deretter å lære foreldrene til å spørre barna om å korrigere seg selv (Onslow, 2003b).

Proseduren i de *ustrukturerte situasjonene* er lik den som blir brukt i den strukturerte hjemmesekvensen, men oppstår naturlig og innebærer en spontan samtale. Dette introduseres etter hvert som logopeden har observert at de daglige hjemmesekvensene fungerer, og at foreldrene og barnet har blitt komfortable med de verbale tilbakemeldingene (Onslow, 2003b). Hensikten er å få barnet til å produsere stammefri tale regelmessig i ulike situasjoner (Onslow et al., 2001). Behandlingen i ustrukturerte situasjoner må ikke utføres i like stor utstrekning som de strukturerte. Dette vil føre til at behandlingen blir konstant, intensiv og påtrengende (Onslow, 2003b). Mens behandlingen i strukturerte situasjoner best utføres av én forelder, kan behandlingen i ustrukturerte situasjoner gjerne gjøres av begge foreldrene, eller andre signifikante personer i barnets liv (ibid).

De strukturerte og ustrukturerte situasjonene eksisterer side om side en liten periode, før behandling i ustrukturerte situasjoner etter hvert tar helt over for behandling i strukturerte situasjoner (Onslow, 2003b).

Behandlingen i stadium 1 avsluttes når stammingen når forhåndsbestemte kriterier basert på talemålinger i og utenfor logopedens kontor (Onslow, 2003a). Det første talekriteriet er at SR-målingene ligger på 1 og 2, med flest på 1. Det andre er at % SS innenfor klinikken er målt til under 1.0. I tillegg skal SMST-målingen, om denne har blitt brukt i behandlingen, være under 1.5. Kriteriene må være tilstede i tre uker (Webber & Onslow, 2003).

#### **2.4.6 Stadium 2: Opprettholdelse av behandlingseffekten**

Tilbakefall etter endt behandling er det største problemet i de fleste tilfeller av behandling av stamming (Onslow et al., 2001). Tilbakefall defineres her som økning i stamming (Webber & Onslow, 2003). Når barnet har oppnådd målet med eliminering av stamming blir det inngått et stadium 2 (Onslow et al., 2001). Stadium 2 skal overvåke barnets tale etter stadium 1, slik at tegn på tilbakefall raskt kan oppdages. På dette stadiet skal foreldrene systematisk trekke tilbake de verbale tilbakemeldingene under veiledning fra logopeden. Foreldrene får etter hvert fullt ansvar for overvåkingen av stammingen.

Programmet i stadium 2 skreddersys for hvert enkelt barn. Nå går det lengre og lengre tid mellom hver gang barnet og dets foreldre møter logopeden. Om barnet på noen av målingene viser tilbakefall må barnet være i oppfølgingsprogrammet lenger. I noen tilfeller må barnet returnere til stadium 1. Under denne perioden skal foreldrene fortsette å rette oppmerksomhet mot barnets tale og korrigere stamming om nødvendig (Onslow et al., 2001).

Logopeden bør informere om og forberede foreldrene på implementeringen av stadium 2 i begynnelsen av behandlingen. Det er veldig problematisk om dette stadiet ikke implementeres korrekt og barnet får tilbakefall. Logopeden må forsikre seg om at foreldrene ikke slutter å komme til logopeden etter stadium 1, eller glemmer behandlingen i denne perioden (Webber & Onslow, 2003).

#### **2.4.7 Hvor lang tid tar behandlingen?**

Behandlingens varighet varierer for hvert enkelt behandlingstilfelle. Det er gjort en del studier som undersøker gjennomsnittlig varighet av stadium 1, ved å beregne antall besøk hos logopeden. En australsk studie indikerte at stammingens alvorlighetsgrad har innvirkning på hvor lang tid behandlingen i stadium 1 kan ta. Barn med ”mindre alvorlig” stamming hadde i gjennomsnitt 9 besøk hos logopeden, mens barn med ”alvorlig stamming” hadde gjennomsnittlig 12 møter med logopeden (Jones, Onslow, Harrison & Packman, 2000). En britisk undersøkelse registrerte lignende resultater. I denne studien var gjennomsnittet 11 kliniske besøk. I tillegg fant også de at barn med mer alvorlig stamming brukte lengre tid enn barn med mindre alvorlig stamming (Kingston, Hubert, Onslow, Jones & Packman, 2003).

Nyere forskningsresultater viser en høyere gjennomsnittlig behandlingstid. En studie utført i Tyskland viste et gjennomsnitt på 13 besøk hos logopeden (Lattermann et al., 2008). Lattermann et al. (2008) spekulerer i om de ulike funnene kan skyldes kulturelle forskjeller,

ved at ros ikke har vært like sentralt i den tyske oppdragelsen som i den australske. De påpeker at mange av foreldrene i undersøkelsen ga tilbakemeldinger om at det var vanskelig å gi så mye ros som programmet krever. De opplevde tilbakemeldingene som unaturlige og overdrevne. Som en konsekvens tok det lengre tid å implementere ros på en korrekt og naturlig måte som var akseptabel for både foreldrene og barnet.

En langtidsstudie utført av Miller og Guitar (2009) i USA viste en gjennomsnittlig behandlingstid på 17 møter med logoped. Dette er den første undersøkelsen som har benyttet uerfarne logopeder i behandlingen, og funnene kan muligens relateres til dette. Det kan hende logopeder trenger erfaring med et visst antall behandlingstilfeller før ”referansepunktet” kan nås (Harrison & Onslow, 2010). Miller og Guitar (2009) påpeker i tillegg et viktig poeng i at Lidcombe-programmet relativt nylig fikk kriteriet om at eliminering av stamming i stadium 1 må opprettholdes i tre uker for at stadiet regnes som fullført.

Alle disse studiene har vist gode resultater av Lidcombe-programmet i forhold til effekt. Noen av disse resultatene vil bli presentert senere.

#### **2.4.8 utfordringer i behandlingsprosessen**

I følge Onslow (2003b) bør kliniske målinger vise forbedring innen de fem første ukene av behandlingen. Hvis målingene ikke viser bedring skyldes dette antageligvis at noe gjøres galt slik at progresjonen uteblir. Harrison, Ttofari, Rousseau & Andrews (2003) har identifisert to typiske kategorier tilknyttet programmet for hva som kan gå galt. De har også gitt eksempler på hva som kan gjøres for å løse problemene:

Den første kategorien innebærer *problemer direkte tilknyttet anvendelsen av programmet*.

Disse problemene er relatert til at foreldrene ikke utfører behandlingen tilfredsstillende, gjennom å glemme å gjøre målingene og/eller de verbale tilbakemeldingene, eller ved å gjøre dem feil. I alle tilfeller er det logopeden som har ansvaret for å rette opp feilene som forhindrer progresjonen. Problemene løses fortrinnsvis gjennom dialog med foreldrene. Logopeden må forsikre seg om at foreldrene får en forståelse for hva de skal gjøre og hvorfor de skal gjøre det. Samtidig må logopeden sjekke om foreldrene kan det de skal gjøre, gjennom observasjon og veiledning (Harrison et al., 2003).

Den andre kategorien involverer *forhold ved barn og foreldre som kan påvirke behandlingen*.

Det kan hende at barnet er spesielt sensitivt, enten i forhold til stammingen eller generelt.

Sensitive barn kan mislike korrigeringsene. I slike tilfeller må man gå ekstra varsomt frem i behandlingen (Harrison et al., 2003). Andre forhold kan være at barnets stamming varierer eller at barnet har veldig alvorlig stamming, slik at den er vanskelig å måle og behandle (Rousseau, Packman, Onslow, Dredge & Harrison, 2002; Harrison et al., 2003). Foreldrenes forventninger og holdninger til behandlingen kan blokkere for behandlingsfremgang. Det kan være at foreldrene er skeptiske til behandlingen eller at de ikke har tro på at behandlingen virker. Det er viktig at foreldrene gradvis får all den informasjonen de trenger for å få en grundig forståelse for behandlingen (Harrison, et al., 2003).

## **2.5 Hvilken effekt har Lidcombe-programmet?**

Flere studier har vist god effekt av Lidcombe-programmet (Onslow et al., 2001). I en australsk undersøkelse ble tjuetre førskolebarn tilfeldig plassert i en behandlingsgruppe som mottok Lidcombe-programmet i 12 uker eller en i kontrollgruppe. Det ble målt både langtidseffekter og umiddelbare effekter. Kontrollgruppen i langtidsstudien mottok en annen type behandling for at studien skulle være etisk forsvarlig. Det ble ikke spesifisert hvilken type behandling disse barna mottok. I undersøkelsen av umiddelbare effekter mottok kontrollgruppen ingen behandling. Resultatene i langtidsstudien viste at stammingen i behandlingsgruppen ble redusert med 50 % mer enn i kontrollgruppen. Disse resultatene ble tolket som at Lidcombe-programmet har positiv innvirkning på stammeatferd, utover det som kan tillegges spontanbedring. Studien viste i tillegg en forbedring i stammeatferd signifikant større enn effekten av spontanbedring hos gruppen i korttidsstudien (Harris et al., 2002).

Franken, Kielstra-Van der Schalk og Boelens (2005) har gjort en pilotstudie i Nederland som sammenlignet effekten av behandlingen i Lidcombe-programmet med effekten av behandling basert på forutsetnings- og forventningsteorien. De fant ingen signifikante forskjeller i effekten av behandlingen mellom gruppene. Harrison og Onslow (2010) påpeker at mangelen på en kontrollgruppe i denne undersøkelsen svekker funnene, fordi effekten i begge gruppene kan ha vært forårsaket av spontanbedring.

Forskningsresultatene i Lattermann et al. (2008) og Miller og Guitar (2009) sine undersøkelser viste god effekt av Lidcombe-programmet også for tyske og amerikanske barn. Lattermann et al. (2008) undersøkte korttidseffektene utover spontanbedring av behandlingen hos 46 førskolebarn. Resultatene viste at sammenlignet med kontrollgruppen, som ikke

mottok noen form for behandling, viste behandlingsgruppen signifikant bedring. Miller & Guitar (2009) undersøkte langtidseffektene av Lidcombe-programmet for 15 førskolebarn. 11 av 15 barn viste ingen tegn på stamming ett år etter de hadde fullført stadium 2 av programmet. Hos de resterende fire barna ble stammingen vurdert som ”veldig mild” eller ”mild”. Denne studien inkluderte ingen kontrollgruppe, og det var derfor ikke mulig å kontrollere for spontanbedring. Spontanbedring er den største trusselen mot evidens for effektiviteten av behandlingen i Lidcombe-programmet (Onslow et al., 2001; Yairi og Ambrose, 2005).

## **2.6 Diskusjon rundt Lidcombe-programmet**

### **2.6.1 Manglende teoretisk grunnlag**

Effektstudier gir ingen forklaring på hvorfor behandlingen i Lidcombe-programmet er effektiv. Noe av kritikken rettet mot bruk av atferdsmodifikasjon i behandling av stamming generelt har gått ut på at tilnærmingen har et manglende teoretisk grunnlag (Siegel, 1998). I følge Felby (2006) bygger Lidcombe-programmet på en teori om at stammingen skyldes manglende modning i de talespråklige sentrene i hjernen. Attanasio (2003) bemerker også at det kan argumenteres for at programmet er en del av en teori om læring. Lidcombe-programmets opphavsmenn hadde på sin side ikke en teoretisk innfallsvinkel til utviklingen av programmet (Attanasio, 2003; Onslow, 2003a; Packman, 2003). Attanasio (2003) begrunner dette med at en vitenskaplig tilnærming til behandling av stamming ikke krever et teoretisk grunnlag. Programmet tar utgangspunktet i empiriske bevis framfor teori (Attanasio, 2003; Packman 2003). En slik tilnærming forfektes i evidens-basert behandling, der det underliggende konseptet er at de som behandler stamming bør støtte sin praksis på godt designet empirisk forskning når de skal velge behandlingsprosedyrer (Ingham, 2003). Curlee og Yairi (1998) uttrykker at holdningen viser en mangel på anerkjennelse for teoretiske bidrag til behandling. Yairi og Ambrose (2005) skriver at klinisk behandling bør reflektere logopedens oppfatninger om stammingens natur, med en klar forståelse for hvorfor spesifikke prosedyrer blir benyttet.

### **2.6.2 Ensidig fokus**



Den operante metoden, som fokuserer på observerbar atferd, har blitt kritisert for å være lite opptatt av å forklare ”indre” atferd som angst, forventning, unngåelse, motivasjon og selvbilde (Martin, 1993; Siegel, 1998). Stewart (1996) skriver at Lidcombe-programmet skiller seg fra vår tids forskning og tenkning i USA og Europa der det er en utbredt forståelse for at stamming er en kompleks forstyrrelse. På grunnlag av denne kompleksiteten påpeker Laulund (2002) at det kan være problematisk å benytte en vitenskaplig metode som kun beskjeftiger seg med det målbare og konstaterbare ved talen. Stewart (1996) hevder i tillegg at stamming ikke kan behandles gjennom å endre ett aspekt. Packman (2003) understreker at stamming både kan ses som et komplekst- og et enkelt fenomen i forhold til hvilket perspektiv som velges. Hun anerkjenner at det er mange faktorer som påvirker stamming og at stamming på denne måten har flere dimensjoner. Det er heller ingen tvil om at stammeatferd kan bli kompleks etter hvert som den utvikler seg. Hun påpeker på en annen side at de første tegnene på stamming nesten alltid stavelsesrepetisjoner. Dette kan i følge henne tyde på at faktoren eller faktorene som ligger til grunn for stamming kan være ganske enkel, men at den ikke alltid er så enkel å identifisere (ibid).

### **2.6.3 Negative psykologiske konsekvenser**

Mye av kritikken rettet mot den atferdsmodifiserende metoden i Lidcombe-programmet handler om korrigerende av stamming (Martin, 1993; Stewart, 1996; Siegel, 1998; Felby, 2006). Det har vært spekulert i om denne praksisen kan få barnet til å føle seg presset til å ikke stamme og at skjult stamming og taleangst kan komme til å øke (Stewart, 1996; Felby, 2006). Laulund (2002) er opptatt av den rollen som tildeles foreldrene i Lidcombe-programmet. Han påpeker at foreldrene er de viktigste personene i barnets liv, og stiller spørsmål til hvilke signaler foreldrene sender til barna sine ved å ha så mye fokus på barnets tale. Felby (2006) forsvarer Lidcombe-programmet mot kritikken ved å påpeke at programmet er lekebasert. Hun skriver at behandlingen tar utgangspunktet i barnets språklige kompetanse og sterke sider. Barnet vil derfor hele tiden få en opplevelse av mestring, og ikke av at stammingen er forbudt. Bruken av ”straff” i Lidcombe-programmet, når det er utført riktig, er minimal. Onslow et al. (2001) understreker at bare én femtedel av responsene på barnets atferd skal være korreksjoner.

Etter en del spekulasjoner om at Lidcombe-programmet kan ha en negativ psykologisk innvirkning på barnet ønsket Woods, Shearsby, Onslow og Burnham (2002) å undersøke slike

effekter. Åtte førskolebarn som hadde blitt behandlet med Lidcombe-programmet, og eliminert stammingen som resultat, deltok i studien. ”The Child behavior checklist” ble brukt for å oppdage negative atferdsmarkører, som angst, aggresjon, tilbaketrekning og depresjon, hos barnet som resultat av behandlingen. I tillegg ble ”The attachment Q-set” benyttet for å måle forandringer i kvaliteten på forholdet mellom barn og mor i løpet av behandlingen. Studiene viste ingen systematisk negativ trend i noen av disse målingene. Det viste seg heller å være en forbedring hos barnet i forhold til atferdsmarkørene etter behandlingen. Hansen og Herland (2003) rapporterer om at enkelte barn som hadde blitt behandlet med Lidcombe-programmet i deres undersøkelse viste negative reaksjoner på de verbale tilbakemeldingene etter stamming. Dette førte imidlertid ikke til reduksjon i barnets motivasjon for behandlingen, selvtillit eller lysten til å snakke. Goodhue, Onslow, Quine, Brian og Hearne (2010) fikk samme tilbakemelding av en noen mødre i sin studie. De identifiserte to typer negative reaksjoner hos barnet: negative reaksjoner på de verbale tilbakemeldingene og barnets følelse av at det hadde gjort noe galt.

#### **2.6.4 Kulturelle og språklige forskjeller**

Packman (2003) skriver at Lidcombe-programmet var et produkt av den åpne og direkte holdningen rundt stamming i Australia. Hun påpeker muligheten for at Lidcombe-programmet ikke lar seg tilpasse like lett til andre land. Vi har sett at den direkte holdningen bryter med den tradisjonelle tilnærmingen i Norge (Hansen & Herland, 2003). Studier som viser god effekt av Lidcombe-programmet er gjort i både Tyskland og USA (Lattermann et al., 2008; Miller & Guitar, 2009), men som belyst tidligere har det også blitt spekulert i enkelte kulturelle forskjeller som så ut til å påvirke behandlingstiden (Lattermann et al, 2008). Det er gjort lite forskning omkring Lidcombe-programmet i Skandinavia. De første Lidcombe-kursene ble avholdt i Danmark i perioden mellom 2003-2005 (Felby, 2006). Her har programmet skapt debatt. I følge Felby (2006) har debatten vært forankret i programmets mål om eliminering av stamming. Laulund (2002) har initiert til en filosofisk debatt der han reiser spørsmål om hvordan den positivistiske tankegangen som ligger bak Lidcombe-programmet samsvarer med det skandinaviske menneskesynet, der idealet om ”det hele mennesket” står sentralt. I følge Alm (2005) bør dokumentasjonen som finnes omkring Lidcombe-programmet i den engelsktalelige delen av verden føre til at metoden må tas på alvor, og vurderes i forhold til skandinavisk kultur og språk.

Typiske familiestrukturer og arbeidsrelaterte forhold kan variere mellom ulike samfunn og kulturer. I forhold til Lidcombe-programmet kan dette føre til ulike utfordringer i forskjellige land. Harrison og Onslow (2010) skriver at det kan være spesielle utfordringer knyttet til den praktiske gjennomføringen av programmet i skilte familier, der barnets foreldre bor hver for seg og har delt omsorg for barnet. De understreker at dette fint kan la seg løse hvis det er god kommunikasjon mellom foreldrene. Rent konkret kan dette løses ved at begge foreldrene mottar opplæring i behandlingen. Løsninger kan være vanskeligere å finne om det eksisterer konflikt mellom foreldrene. De påpeker at barnehagepersonell sjelden har mulighet til å fylle rollen som behandler på grunn av tidsbegrensinger.

Det pågår en diskusjon i litteraturen om tospråklighet kan øke risikoen for utvikling av stamming (Bakhtiar og Packman, 2009; Packman, Onslow, Reilly, Attanasio & Shenker, 2009). Mange samfunn i dag, inkludert Norge, har en sammensatt befolkning med ulik kulturell og språklige bakgrunn. På dette grunnlaget vil det være interessant å vurdere bruken av Lidcombe-programmet for barn som snakker to språk. I følge Bakhtiar og Packman (2009) er Lidcombe-programmet godt egnet som behandlingsmetode for tospråklige barn fordi programmet kan brukes på det foretrukne språket, eller på begge språk. De understreker at dette lar seg gjøre selv om logopeden ikke snakker dette språket. Shenker og Wilding (2003) påpeker at implementeringen av behandlingen i Lidcombe-programmet i slike tilfeller må starte med oversettelser av de verbale tilbakemeldingene, slik at de blir tilpasset det språket som skal brukes. De understreker viktigheten av kulturell sensitivitet i arbeidet med barn og foreldre med en annen kulturell bakgrunn enn logopeden.

## **2.7 Foreldrenes perspektiv på behandlingen**

Mange av foreldrene i Hansen og Herland (2003) sin spørreundersøkelse fra Australia uttrykte at de følte seg komfortable med, og kompetente til å ha behandlingsansvaret for barna sine. I tillegg mente en del foreldre at foreldreansvaret økte effekten av behandlingen. Behandlingen så ut til å gi flere av foreldrene ”empowerment”, ved at de selv kunne ta ansvar for barnets vansker. De opplevde det også som belønnende å se positive resultater av egne handlinger. Å gi foreldrene ”empowerment” ser i følge Guitart (2003) ut til å redusere eventuell opplevelse av angst og skyld over at barnet stammer. Goodhue et al. (2010) fant på sin side at samtidig som behandlingen kunne gi mødrene ”empowerment”, kunne ansvaret også føles for stort og føre til en følelse av angst og press for noen. Fordi Lidcombe-programmet fokuserer på

barnets tale, og ikke på familiens relasjoner, foreldrestil eller barnets temperament (Harrison et al., 2007), kan Lidcombe-programmets tilnærming kanskje være en lettelse for foreldrene (Yairi & Ambrose, 2005).

De fleste barnefamilier i dag har en travel hverdag fylt med mange aktiviteter (Harrison & Onslow, 2010). Fra foreldrenes perspektiv i Hansen og Herland (2003) sin undersøkelse så det vanskeligste aspektet ved den praktiske utføringen av Lidcombe-programmet ut til å være å finne tid til den daglige behandlingen, på grunn av arbeid eller at de hadde flere barn. Dette samsvarer med funnene til Goodhue et al. (2010). I tillegg identifiserte disse mødrene det å glemme å implementere behandlingen som en utfordring, spesielt når barnets stamming var betydelig bedret. Mødrene i denne undersøkelsen utpekte spesielt tre fordeler med programmet: De fikk mer kvalitetstid med barnet, de tilegnet seg økt kunnskap om stamming og de lærte seg å håndtere stammingen. Noen av mødrene hadde på en annen side forventinger om at behandlingen skulle gå raskere enn den gjorde, og i forkant av behandlingen forventet noen av mødrene at barna deres skulle bli ”fikset” i stedet for at de selv måtte utføre behandlingen. De fleste av mødrene opplevde programmet som effektivt. De uttrykte positive reaksjoner knyttet til barnets glede av programmet, til at barnet påminnet dem om at de skulle ”trene” og til en økning i barnets selvtillitt (ibid).

I en intervjuundersøkelse av foreldrenes opplevelse av behandlingen i England identifiserte Hayhow (2009) tre grupper foreldre ut i fra hvordan de opplevde behandlingsprosessen i Lidcombe-programmet. Den første gruppen opplevde prosessen som ”enkel”. Foreldrene i denne gruppen var entusiastiske og/eller egnede til å gi behandlingen en sjanse. Barnets stamming ble redusert relativt raskt og konsistent, og stammingen ble gradvis mer forutsigbar. Foreldrene fant egne måter å implementere prosedyrene på, og integrerte behandlingsprosedyrene i hverdagen. Både foreldrene og barnet hadde glede av tiden de tilbrakte sammen under behandlingen. I enkelte tilfeller var det et skifte fra at foreldrene tok ansvaret for barnets snakking til at barnet tok mer av dette ansvaret selv. Problemer som oppsto i implementeringen av programmet ble løst i samarbeid med logopeden eller ved at foreldrene selv eksperimenterte. Den andre gruppen opplevde at ”prosessen startet bra, men støtte på problemer underveis”. Foreldrene i denne gruppen opplevde det som vanskelig å holde behandlingen gående fordi barnets stammeatferd stagnerte eller fikk tilbakefall. Som resultat opplevde foreldrene mer skyldfølelse. Disse foreldrene trengte støtte i implementeringen av behandlingsprosedyrene hjemme. De ukentlige møtene med logopeden

ble opplevd som en byrde over lengre tid, og når barnet ble eldre hadde skolen negativ påvirkning på stammingen. Barnet viste mindre respons på de verbale tilbakemeldingene på stammefri tale, og ble irriterte når de ble bedt om selvkorleksjon. Disse barna så ut til å være mer sårbare for vedvarende stamming enn i den første gruppen. Den tredje gruppen foreldre opplevde prosessen som ”problematisk fra starten”, både i forhold til implementeringen av behandlingskomponentene, holdninger til programmet og negative emosjoner. Svært få av foreldrene falt inn under denne gruppen, og vil derfor ikke bli beskrevet nærmere her (ibid).

## **2.8 Logopedens synspunkter på programmet**

Det er gjort få undersøkelser av hvilke synspunkter den gjennomsnittlige logopeden som utøver behandlingen i Lidcombe-programmet har på behandlingen. Rousseau et al. (2002) har gjort en spørreundersøkelse av 400 logopeder i Australia. Da logopedene ble spurt om hvor de hadde lært seg å bruke Lidcombe-programmet svarte mange at de hadde fått opplæring gjennom flere kanaler, inkludert logopedutdanningen, kurs, forskningslitteratur og internettsider. Noen av logopedene fortalte at de opplevde at de ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring i bruken av behandlingen, at de ikke hadde nok tid til å sette seg ordentlig inn i programmet eller at de manglet selvsikkerhet i bruken av behandlingen. Harrison og Onslow (2010) har rapportert om en konsekvent tilbakemelding fra logopeder rundt om i verden om at kurset har vært uvurderlig for dem. Undersøkelsen til Rousseau et al. (2002) viste at de aller fleste logopedene opplevde behandlingen i Lidcombe-programmet som effektiv i ulik grad, men av de som ga tilbakemelding om at de brukte programmet var det bare halvparten som brukte programmet fullstendig slik det er ment at det skal brukes. En del rapporterte om at barnet og foreldrene kom på besøk til logopeden sjeldnere enn én gang i uka, eller at behandlingen ble avsluttet etter stadium 1. Mange logopeder brukte Lidcombe-programmet i kombinasjon med andre behandlingstilnæringer. Rousseau et al. (2002) gir uttrykk for at dette er problematisk fordi det ikke eksisterer noen empiriske bevis for at delvis bruk av Lidcombe-programmet er effektivt.

## 3 METODE

Dette kapitlet presenterer leddene i forskningsprosessen, og tar sikte på å begrunne valg som er tatt underveis i denne prosessen.

### 3.1 Valg av forskningstilnærming og metode

Valg av forskningstilnærming og metode tar utgangspunkt i undersøkelsens formål og problemstilling. Formålet med denne undersøkelsen er å få økt kunnskap om de erfaringene som er gjort med utprøvingen av Lidcombe-programmet i Norge. Den overordnede problemstillingen er:

*Hvilke erfaringer har logopeder og foreldre gjort med utprøvingen av Lidcombe-programmet som behandlingsmetode for førskolebarn som stammer i Norge?*

For å tilegne meg en dypere forståelse for hvordan logopeder og foreldre har erfart utprøvingen av Lidcombe-programmet er det valgt en kvalitativ forskningstilnærming, med bruk av intervju som datainnsamlingsmetode. Kvalitativ forskningsmetode er godt egnet for undersøkelsens formål og problemstilling fordi den tilnærmer seg studier av sosiale fenomener gjennom individets indre erfaring (Marshall & Rossman, 1999, Gall, Gall & Borg, 2007). Intervju er blant de mest brukte metodene for å samle inn kvalitative data (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

### 3.2 Vitenskapsteoretisk ramme

Den vitenskapsteoretiske rammen rundt denne undersøkelsen er forankret i fenomenologi og hermeneutikk.

Fenomenologi handler om forståelseshorisont, og fenomenologien som et vitenskapsteoretisk perspektiv dreier seg i hovedsak om forskerens forståelse av et fenomen slik det blir erfart av individet selv (Dalen, 2004; Wormnæs, 2005). Fordi formålet med undersøkelsen er å få en forståelse for Lidcombe-programmet som behandlingsmetode gjennom logopedens og foreldrenes subjektive erfaringer er dette perspektivet særlig vektlagt i undersøkelsen. Forståelsesbegrepet er sammensatt. I følge Wormnæs (2005) innebærer forståelse en kombinasjon av forforståelse, det gitte og det med-gitte. Forforståelse omfatter de meningene

og oppfatningene som forskeren allerede har om fenomenet som skal studeres (Dalen, 2004). Det gitte er det forståelsen er rettet mot, og det med-gitte innebærer noe ikke-observerbart av ulik kilde og karakter som bidrar til hvordan det forståtte forstås (Wormnæs, 2005).

Hermeneutikken er en tilnærming til tolkning av tekst og har som hensikt å avdekke en dypere mening enn den som kan oppfattes umiddelbart (Gall, Gall & Borg, 2007). Denne tilnærmingen kan bidra til dypere innsikt i Lidcombe-programmet som behandlingsmetode gjennom den hermeneutiske spiralen. Dette er kontinuerlig prosess der fortolkningen av teksten som en helhet kaster lys over enkeltspørsmålene, og fortolkningen av enkeltspørsmålene kaster lys over helheten (Gall et al., 2007). Den hermeneutiske fortolkningen utvikler seg stadig i et samspill mellom helhet og del, og datamaterialet og meg som forsker. Den har hverken et bestemt utgangspunkt eller et bestemt slutt punkt. Dette beskrives som den hermeneutiske spiralen (Dalen, 2004).

### **3.3 Forforståelse**

Med utgangspunktet i et fenomenologisk perspektiv er det i følge Dalen (2004) viktig å ta forskerens forforståelse med i betraktning på en slik måte at den åpner for dypest mulig forståelse av informantens erfaringer. Som logopedstudent vil min forforståelse i forhold til fenomenet som studeres nødvendigvis være mer eller mindre farget av det som har blitt presentert og fokusert på i utdannelsen. Når det er sagt opplever jeg at logopedutdannelsen har gitt rom for- og oppmuntret til selvstendig tenkning, og åpenhet rundt ulike tilnærminger. Jeg anser logopedutdannelsen som en styrke som jeg kan dra nytte av gjennom forskningsprosessen. Samtidig har jeg forsøkt å møte informantene og datamaterialet med et mest mulig åpent blikk. Den hermeneutiske tilnærmingen krever at forskeren er bevisst sin egen forforståelse fordi den brukes aktivt i fortolkningen av data (Dalen, 2004).

### **3.4 Utvalg**

Når det skal velges ut informanter til en intervjuundersøkelse er det viktig å tenke nøye gjennom hvem som skal intervjues, hvor mange og etter hvilke kriterier informantene skal velges ut (Dalen, 2004). Utvelgelsesprosessen i denne undersøkelsen kan sies å være todelt, og vil bli redegjort for her.

Med et fenomenologisk utgangspunkt, som vektlegger informantens subjektive erfaring, ble det stilt krav om at informantene måtte ha den opplevde erfaringen som var fokus for undersøkelsen. Det ble benyttet såkalte ”formålstjenelige” utvalgsriterier. Det betyr at informantene ble valgt ut ved at de ”passer” til undersøkelsens hensikt fordi de tilfredsstillte visse kriterier (Gall et al., 2007). I kvalitativ forskning benyttes formålstjenelige utvalg for å innhente dype og rike beskrivelser av fenomenet som skal undersøkes (DiCiggo-Bloom & Crabtree, 2006; Gall et al., 2007). På dette stadiet i prosessen ble det gjort en vurdering av hvem av de involverte partene i behandlingen i Lidcombe-programmet som kunne gi den rikeste beskrivelsen. Det kan i mange tilfeller være hensiktsmessig å anvende to informantgrupper for å belyse samme situasjon opplevd fra ulike synsvinkler (Dalen, 2004). I mindre forskningsprosjekter med intervju som datainnsamlingsmetode anses et utvalg på mellom tre til fem personer som et godt utgangspunkt for å finne en felles essens i deltakernes opplevelse (Postholm, 2005). Innenfor rammene av prosjektet falt valget på logopedene som informantgruppe, da et profesjonelt og faglig synspunkt på bruken av Lidcombe-programmet ble verdsatt i denne undersøkelsen. Med dette utgangspunktet ønsket jeg å gjøre en intervjuundersøkelse med 3-5 informanter som skulle ha godkjent logopedutdannelse, som hadde deltatt på sertifiseringskurset i Lidcombe-programmet og som hadde benyttet Lidcombe-programmet i sin praksis.

I prosessen med å få tak i informanter ble det tatt kontakt med leder i Oslo logopedlag, som var med på å arrangere det første og hittil eneste sertifiseringskurset i Lidcombe-programmet i Norge ved Bredtvet kompetansesenter i Oslo i april 2009. Det ble utvekslet kontaktinformasjon til alle deltakerne på dette kurset. I henhold til norsk personopplysningslov ble prosjektet meldt og gitt godkjenning av Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) (Vedlegg 1). Når godkjenningen forelå ble det sendt ut forespørsel om deltakelse til intervjuundersøkelsen (Vedlegg 2) via e-post til samtlige av logopedene. Etter ytterligere kontakt ved to anledninger via e-post og per telefon mottok jeg tilbakemelding fra til sammen 16 av de 24 logopedene som deltok på sertifiseringskurset. Av de 16 logopedene jeg fikk kontakt med hadde to av disse benyttet Lidcombe-programmet i sin praksis. Begge meldte interesse for å delta i intervjuundersøkelsen. Det ble sendt ut et utfyllende informasjonsskriv (Vedlegg 3) om undersøkelsen til begge informantene.

Etter å ha gjennomført intervjuene med logopedene opplevde jeg å sitte igjen med mangelfull informasjon om foreldrenes tilbakemeldinger på utprøvingen av Lidcombe-programmet.



Fordi undersøkelsen i tillegg kun hadde to informanter ble det bestemt å gjøre det Dalen (2004) kaller en komplettering av utvalget ved å innlemme foreldre som en informantgruppe. Jeg forestilte meg at foreldrene kunne belyse utprøvingen av Lidcombe-programmet fra et annet perspektiv. Dette innledet til fase to i utvelgelsesprosessen. Det ble søkt om ny tillatelse fra NSD, og på nytt tatt kontakt med logopedene så snart søknaden var innvilget. NSD innvilget søknaden på e-post (Vedlegg 4). Logopedene var behjelpelige med å kontakte foreldrene og videreformidle informasjonen (Vedlegg 5) om prosjektet. To av tre foreldre som hadde deltatt i utprøvingen av Lidcombe-programmet sammen med logopedene var villige til å stille opp på intervju. Datamaterialet ble altså innhentet gjennom intervjuer med to informantgrupper: to logopeder og to foreldre. Dette er en form for triangulering. Datatriangulering referer til bruken av flere datakilder i en undersøkelse. Denne strategien gir et rikt og mer komplekst bilde av det fenomenet som skal studeres (Mathison, 1988).

## **3.5 Datainnsamlingen**

### **3.5.1 Det kvalitative forskningsintervjuet**

Det kvalitative forskningsintervjuet har, i tråd med det fenomenologiske perspektivet, som hensikt å skape en forståelse for informantens perspektiv på verden gjennom å få innsikt i personens subjektive erfaringer (Dalen, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009). Det kvalitative intervjuet kan ha ulik form avhengig av struktur (Dalen, 2004). Formen kan i den ene enden være strukturert med en serie lukkede spørsmål, som enten krever ja-nei svar eller som gir informanten svaralternativer. I den andre enden kan den være ustrukturert, der det ikke foreligger gjennomarbeidede spørsmål i forkant og som åpner for at informanten skal fortelle mest mulig fritt om sine erfaringer (Dalen, 2004; Gall et al., 2007). Fordi forskerens mål i kvalitativ forskning er å hjelpe informanten til å uttrykke sine synspunkter om et fenomen på egne premisser (Gall et al., 2007), vil det ikke være formålstjenelig å ha en strukturert form på intervjuet. Et ustrukturert intervju er på den andre siden veldig krevende av både forskeren og informanten på grunn av den åpne formen (Dalen, 2004).

Formålet med denne undersøkelsen var å få en dypere forståelse for hvordan logopeder og foreldre har opplevd behandlingen i Lidcombe-programmet. Fordi jeg var uerfaren i forskerrollen ønsket jeg samtidig å forberede meg godt i forkant av intervjuene. På bakgrunn av dette ble det valgt å benytte et semistrukturert intervju i datainnsamlingen. Det innebærer

at samtalene fokuseres mot bestemte temaer gjennom en serie spørsmål som forskeren fastsetter på forhånd. Samtidig er det mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål underveis for å samle inn tilleggsinformasjon. Dette er den mest brukte intervjuformen i kvalitativ forskning (Dalen, 2004; Gall et al., 2007). Et semistrukturert intervju sikret at jeg fikk kartlagt de samme temaene i alle intervjuene. Samtidig åpnet det for utdyping av enkelte spørsmål og oppfølgingsspørsmål underveis.

Logopedene utgjør en profesjonell yrkesgruppe i vårt samfunn, og er eksperter på fagfeltet som omhandler språk- og talevansker. Kvale og Brinkmann (2009) kaller intervjuer med eksperter i samfunnet for eliteintervjuer. Slike intervjuer krever at intervjueren har kunnskap om temaet intervjuet skal omhandle, og at intervjueren mestrer det tekniske språket. I denne sammenhengen er det viktig å påpeke at intervjuet omhandlet informantens egne erfaringer. Siden Lidcombe-programmet er såpass nytt og informanten har lite erfaring med programmet kan ikke temaet for intervjuet sies å være et felt informanten er ekspert innenfor. Det ble likevel viktig for meg å sette meg godt inn i teorien, forskningen og terminologien rundt Lidcombe-programmet, i forkant av intervjuene med logopedene. Samtidig kunne jeg i denne sammenhengen dra nytte av min forforståelse fra det logopediske feltet.

Den todelte utvelgelsesprosessen forplantet seg utover i forskningsprosessen, både i arbeidet med utarbeidelse med intervjuguide, gjennomføringen av intervjuene og i bearbeidningen og analysen av dataene.

### **3.5.2 Utarbeidelse av intervjuguiden**

Ved bruk av semistrukturert intervju kreves det utarbeidelse av en intervjuguide (Gall et al., 2007). Intervjuguiden strukturerer kursen i intervjuet på en mer eller mindre fastsatt måte, og omfatter temaer og spørsmål som skal dekke de områdene undersøkelsen er ute etter å belyse (Dalen, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009).

I følge Dalen (2004) handler utarbeidelsen av en intervjuguide om en prosess der forskeren skal omsette den overordnede problemstillingen til konkrete temaer og underliggende spørsmål. Jeg hadde problemstillingen og forskningsspørsmålene foran meg i utarbeidelsen av intervjuguiden. De dannet grunnlaget for temaene i guiden. Spørsmålene ble utarbeidet som en operasjonalisering av disse temaene. Dette opplevdes som en nyttig strategi for å være sikker på at problemstillingen ble besvart. Spørsmålene ble utarbeidet etter et ”traktprinsipp”.

Det innebærer at intervjueren kan begynne intervjuet med spørsmål som ligger rundt de mest sentrale temaene, før fokuset rettes mer mot de temaene som skal belyses. Mot slutten av trakten må det igjen åpnes opp for mer generelle spørsmål (Dalen, 2004).

Ved formuleringen av spørsmålene ble det tatt flere hensyn. Et godt spørsmål skal både produsere så rik og fyldig kunnskap som mulig, og bidra til en positiv interaksjon mellom intervjueren og den som bli intervjuet. Det kan være hensiktsmessig med både lukkede og åpne spørsmål, så lenge formålet med spørsmålet er gjennomtenkt (Kvale og brinkmann, 2009). Det ble benyttet lukkede spørsmål for å oppnå en klar ramme rundt behandlingssituasjonen, behandlingsforløpet og aktørene på den ene siden, og åpne spørsmål for å tilrettelegge for at informanten skulle fortelle mest mulig fritt om sine opplevelser, tanker og følelser. På bakgrunn av det fenomenologiske perspektivet i undersøkelsen inneholdt intervjuguiden en overvekt av åpne spørsmål.

Intervjuguiden som ble utarbeidet i forkant av intervjuene med logopedene (vedlegg 6) startet øverst i ”trakten” med noen generelle bakgrunnsspørsmål om logopeden. Det ble gjort for å bli kjent med informanten, og for å få litt innsikt i hvor mye erfaring logopeden hadde i arbeidet med stamming hos førskolebarn. Deretter ble fokuset rettet mot de sentrale temaene i undersøkelsen. Det første temaet fokuserte på logopedens tanker om stammebehandling i Norge og Lidcombe-programmet i forhold denne tilnærmingen. Spørsmål rundt sertifiseringskurset dreide seg i hovedsak om hvordan logopeden vurderte kvaliteten på kurset, og hvordan kurset gjorde logopeden i stand til å benytte programmet i praksis. For å kunne si noe om erfaringene med behandlingen i Lidcombe-programmet var det nødvendig å få noe bakgrunnsinformasjon om barna som ble behandlet med Lidcombe-programmet og deres foreldre. Spørsmål rundt barnets respons på behandlingen var direkte tilknyttet hvilken påvirkning behandlingen hadde på barnet, i forhold til effekt og eventuelle andre faktorer. Fordi foreldrene har en såpass sentral rolle i behandlingen var det viktig å innlemme en del som handlet om dem, og deres opplevelse. Fordi logopeden ikke kan snakke for foreldrene handlet denne kategorien om tilbakemeldinger fra foreldrene. Spørsmål rundt logopedens erfaring med Lidcombe-programmet som behandlingsmetode hadde som formål å skape en refleksjon rundt egne erfaringer og rundt Lidcombe-programmet som behandlingsmetode. Til slutt ble trakten åpnet opp og intervjuguiden ble rundet av med spørsmål om informanten hadde noe mer å tilføye i intervjuet.

Intervjuguiden (Vedlegg 7) som ble utarbeidet i forkant av intervjuene med foreldrene var en forkortet versjon av den intervjuguiden som ble utarbeidet for intervjuene av logopedene. Intervjuguiden omfattet temaer om bakgrunnsinformasjon om barnet og familien, barnets respons på behandlingen og foreldrenes opplevelse av behandlingen. I tillegg til å være en forkortet versjon inneholdt intervjuguiden en del omformulerte spørsmål som henvendte seg direkte til foreldrene.

Intervjuguiden ble ikke sendt til informantene i forkant av intervjuet. Informantene hadde mottatt informasjon om det overordnede temaet for undersøkelsen på forhånd, og det ble i stedet satt av god tid til refleksjoner underveis i intervjuet. Jeg forestilte meg at dette var et bedre utgangspunkt for en god samtale. Jeg ønsket en spontan dialog med umiddelbare reaksjoner, og jeg ville unngå at informantene svarte ut fra det de tolket som min intensjon med spørsmålene.

### **3.5.3 Gjennomføring av intervjuene**

#### **Prøveintervjuet**

I forkant av intervjuene med logopedene ble det gjennomført et prøveintervju. Dette er nødvendig i en kvalitativ intervjuundersøkelse, for å teste ut intervjuguiden og for å prøve ut seg selv som intervjuer (Dalen, 2004). Intervjuet ble utført som et rollespill med en medstudent. Prøveintervjuet ble en nyttig erfaring der jeg ble godt kjent med intervjuguiden. Jeg fikk testet spørsmålene og gjorde noen endringer i forhold til innholdet og spørsmålsformuleringer i etterkant. Jeg fikk også testet ut det tekniske ved intervjuet i forhold til tidsrammen og bruk av båndopptaker. Jeg oppdaget at intervjuene antageligvis ville ta lengre tid enn det som var tiltenkt på forhånd, og fikk avtalt med informantene å sette av lengre tid. Fordi det ble gjort endringer i noen av spørsmålene etter prøveintervjuet fikk jeg i tillegg en annen medstudent til å lese gjennom intervjuguiden før intervjuene. Det ble ikke gjort noen endringer i intervjuguiden etter dette.

I forkant av intervjuene med foreldrene ble det gjennomført et nytt prøveintervju med en bekjent fordi det hadde blitt gjort enkelte endringer i intervjuguiden. I tillegg var det en stund siden jeg hadde gjennomført de første intervjuene. Det ble ikke gjort noen nye endringer i intervjuguiden etter dette prøveintervjuet, men prøveintervjuet ble en nyttig oppfriskning av bekjentskapet med spørsmålene i intervjuguiden og mine evner som intervjuer.

## Intervjuene

Tre av intervjuene ble gjennomført på informantenes kontor knyttet til arbeidsplassen. Et av intervjuene med foreldrene ble også gjennomført ved logopedens arbeidsplass. Før vi startet intervjuene ble informantene orientert muntlig om bakgrunnen for prosjektet og hensikten med intervjuet. I tillegg brukte vi litt tid på en gjennomgang av de utvalgte temaene intervjuet skulle omhandle. Dette ble gjort for å sette informanten i gang med å reflektere på et tidlig tidspunkt.

For intervjuene med logopedene ble det avtalt en tidsramme på to timer til hvert av intervjuene. Det første intervjuet tok 1 time og 30 minutter. Det andre intervjuet tok 1 time og 50 minutter. Intervjuene ble tatt opp med digital lydopptaker. Kvaliteten på lydopptakene var veldig gode. Stemningen var avslappet under begge intervjuene. Dette bidro til en god samtale. Jeg gjorde ingen notater underveis i intervjuene, da dette følte mest naturlig i situasjonen. Begge informantene hadde saksmappene til de barna de hadde behandlet med Lidcombe-programmet foran seg under intervjuene. Dette ble en god støtte for informantene under intervjusituasjonen.

For intervjuene med foreldrene ble det avtalt en tidsramme på én time til hvert av intervjuene. Det første intervjuet tok 40 minutter. Det andre intervjuet varte i 35 minutter. Det var god og åpen stemning under samtalene, men begge intervjuene bar litt preg av at det var en stund siden behandlingen i Lidcombe-programmet hadde blitt gjennomført.

Under alle intervjuene gikk samtalen litt på kryss og tvers av intervjuguiden. Det var viktig å la informantene få reflektere over- og snakke om det de var mest opptatt av. Som en konsekvens ble eventuelle oppfølgingsspørsmål litt ulike i alle intervjuene. Intervjuguiden fungerte hovedsakelig som en forsikring om at alle temaene jeg ønsket å fokusere på ble dekket.

Rett etter hvert av intervjuene var foretatt ble det gjort notater av relevante hendelser som skjedde under intervjuet, og refleksjoner som ble gjort underveis og i ettertid av intervjusituasjonen. Innenfor "Grounded theory"-tilnærmingen til kvalitative intervjuundersøkelser kalles dette memos (Strauss & Corbin, 1998). Notatene ble brukt senere i analyseprosessen, sammen med de originale lydopptakene og transkriberingen av intervjuene. En betraktning jeg gjorde i etterkant av intervjuene var at intervjuene bar stor preg av samstemthet mellom logopedene og foreldrene som hadde deltatt i behandlingen

sammen. Som et resultat opplevde jeg at det forelå tykke beskrivelser av fenomenet jeg ønsket å undersøke.

## **3.6 Bearbeiding og analyse av data**

### **3.6.1 Transkripsjonen**

Etter intervjuene var gjennomført transkriberte jeg umiddelbart intervjuene fra lydopptak til tekst. Transkripsjonene ble foretatt i dataprogrammet NVivo8, som er en datastøttet analyse i kvalitativ metode. Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at transkripsjonen er en fortolkningsprosess der dataene reduseres underveis. For å ivareta den opprinnelige samtalen best mulig valgte jeg å transkribere intervjuene så ordrett som mulig. Dette inkluderte uttalelser som ”mh” og ”ehm”. Jeg valgte å utelate pauser. Utsagnene som benyttes i oppgaven er ”oversatt” direkte, ord for ord, til bokmål slik at ingen av informantene kan gjenkjennes på dialekt. De transkriberte utskriftene av intervjuene vil, sammen med notatene, bli behandlet som tekst i denne undersøkelsen.

### **3.6.2 Analysen**

Å analysere handler om å kunne avdekke forholdet mellom de enkelte delene i et prosjekt. Kvalitativ analyse kjennetegnes først og fremst gjennom induktiv metode. I den induktive analyseprosessen benyttes dataene som et utgangspunkt for å formulere teorier (Boolsen, 2006). I følge Kvale og Brinkmann (2009) finnes det ikke noe fasitsvar på hvordan datamaterialet skal analyseres i kvalitative intervjuundersøkelser. Jeg har valgt en eklektisk analyse der jeg veksler mellom ulike framgangsmåter. Med utgangspunkt i et hermeneutisk perspektiv på kvalitativ forskning har analysen en fortolkende tilnærming til meningsinnholdet. Kvale og Brinkmann (2009) kaller dette en ad hoc meningsgenerering.

Prosessen med å organisere og bearbeide dataene i denne undersøkelsen startet med å lese nøye gjennom transkripsjonene flere ganger, for deretter å notere ned nøkkelord eller korte formuleringer i marginen som kunne uttrykke hva som ble sagt. Dette kaller Dalen (2004) koding. Koding har som hensikt å strukturere datamaterialet slik at det blir mer oversiktlig, forståelig og rapportvennlig. Kvale og Brinkmann (2009) betegner forkortingen av informantenes utsagn som meningsfortetting. De skal inneholde hovedessensen i utsagnet

reformulert i noen få ord. I følge Postholm (2005) er dette steget i analyseprosessen en deskriptiv analyse. Etter hvert som jeg så hvordan dataene kunne samles inn i meningsenheter noterte jeg ned disse. Det datastøttede analyseverktøyet NVivo8 ble benyttet i den videre analysen. Det ble trukket ut sentrale meningsenheter som gikk igjen i tekstene og som kunne inngå i kategorier som utpekte seg som viktige temaer. Det ble opprettet 30 kategorier som ble fylt med relevante sitater fra transkripsjonene. Denne prosessen ryddet opp og ga meg mulighet for å bli godt kjent med datamaterialet. Deretter analyserte jeg meg fram til nye 16 overkategorier som omfavnet underkategorier med meningsenhetene og som dannet grunnlag for strukturen i presentasjonen og drøftingen av resultatene.

Neste steg i prosessen var å tolke dataene. I tolkningsprosessen tok jeg utgangspunkt i Brinkmann og Kvale (2009) sine tre tolkningsnivåer: Selvforståelse, kritisk forståelse basert på "commonsense" og teoretisk forståelse. På selvforståelsesnivået gjøres formuleringer i en forkortet form av hvordan informanten selv forstår meningen med sine utsagn. Dette nivået ble gjennomført under kodingen av datamaterialet. Fortolkning på et kritisk "commonsense" forståelsesnivå går forbi reformuleringer av informantens "selvforståelse", men holder seg innenfor en kontekst av "commonsense"-forståelse. På dette nivået gjorde jeg en tolkning av den dypere meningen bak informantens utsagn. På det tredje nivået, teoretisk forståelse, tillegges et teoretisk rammeverk for meningstolkningen av utsagnet (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg analyserte datamaterialet i forhold til teori og forskningsresultater på feltet.

I presentasjonen av resultatene ble det valgt sitater som best illustrerte hvert tema. Sitatene ble gitt en skriftlig form. Det vil si at de ordrette transkripsjonene av den muntlige talen har blitt omarbeidet for at de skal bli lette å forstå (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette innebar fjerning av irrelevante lyder som "eh" og "hm".

### **3.7 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet**

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet har med kvaliteten i undersøkelsen å gjøre (Postholm, 2005). Kvale & Brinkmann (2009) påpeker at bruken av disse begrepene har blitt avvist av mange innenfor kvalitativ forskning, som positivistiske begreper som hører hjemme i kvantitativ metode. Flere bruker en annen terminologi for å drøfte kvaliteten i kvalitative studier. Jeg velger å bruke de tradisjonelle begrepene fordi essensen i dem er viktig også i det kvalitative forskningsintervjuet.

### **3.7.1 Reliabilitet**

Reliabilitet handler om hvorvidt forskningsresultatene er konsistente og pålitelige. Samtidig som det er viktig å styrke reliabiliteten i intervjuet for å motvirke tilfeldig subjektivitet understreker Kvale og Brinkmann (2009) at et for sterkt fokus på reliabiliteten også kan begrense kreativ tenkning og variasjon.

Reliabilitet i kvalitativ forskning ses ofte i sammenheng med om det er mulig for andre forskere å etterprøve dataene i en undersøkelse gjennom en reproduksjon av undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2009). I kvalitativ forskning kan dette være vanskelig fordi forskerens rolle har en sentral plass i undersøkelsen, og utspiller seg i samhandling med informanten og situasjonen (Dalen, 2004). For å ivareta reliabiliteten i undersøkelsen på best mulig måte ble det gjort en grundig beskrivelse av leddene i forskningsprosessen, slik at prosessen ble gjort mest mulig transparent for leseren. Denne beskrivelsen inneholder forhold ved meg som forsker, ved informantene, ved intervjusituasjonen og ved metodene som er benyttet i analysen av datamaterialet. Dalen (2004) skriver at dette gir leseren mulighet til å innta samme perspektiv som forskeren, og dermed styrker undersøkelsens reliabilitet.

I følge Maxwell (1992) vil svak reliabilitet være en trussel for undersøkelsens validitet.

### **3.7.2 Validitet**

Validitet i kvalitativ forskning handler om metoden undersøker det den er ment å undersøke (Gall et al., 2007). I følge Maxwell (1992) må validitet i kvalitative undersøkelser ses i sammenheng med forståelsen som oppnås, og trusler mot validiteten innebærer ”alternative forklaringer” til denne forståelsen. Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at validering ikke er en separat fase i den kvalitative forskningsprosessen. Validering gjennomgår alle stegene i forskningsprosessen: tematisering, valg av metode og design, gjennomføring av intervjuer, transkribering, Analysering, bestemmelse av valideringsform og presentasjon av resultatene.

Maxwell (1992) identifiserer fem typer validitet som er relevante for kvalitativ forskning. Jeg vil drøfte tre av de fem validitetstypene som er mest sentrale i forhold til intervjuundersøkelser: deskriptiv validitet, tolkningsvaliditet og teoretisk validitet, for å vise hvordan jeg har forsøkt å ivareta kravene til validitet gjennom forskningsprosessen.



*Deskriptiv validitet* handler om hvor nøyaktig forskeren fremstiller informantenes utsagn slik de faktisk foreligger (Maxwell, 1992). Trusler mot deskriptiv validitet kan være at forskeren hører feil, transkriberer feil eller ikke husker informantens utsagn riktig (Maxwell, 1992). For å ta med meg informantens ordrette utsagn ut av intervjusituasjonen ble det gjort lydopptak av samtalen som ble transkribert i etterhånd. Fordi det ikke finnes en sann, objektiv transformering fra talte ord til skrevne ord anser Kvale & Brinkmann (2009) transkripsjonen som en fortolkning. Dette kan føre til at informantenes utsagn endres i transkripsjonsprosessen. For å minimere denne trusselen ble det gjort noen grep ved transkripsjonen. For å ha intervjuet mest mulig friskt i minne ble transkripsjonene gjort umiddelbart etter hvert av intervjuene, intervjuet ble nedskrevet så ordrett som mulig, og transkripsjonene ble sjekket opp mot lydopptakene i ettertid. Tross i forsøk på å minimere truslene, ble det gjort en del endringer av de orale utsagnene underveis. For å tilfredsstille krav om anonymisering av informantene, og en eventuell tredjepart måtte oppgitte navn endres. I tillegg ble en del utsagn oversatt til bokmål, slik at ingen av informantene kunne gjenkjennes på dialekt. Sitatene som ble presentert i resultatdelen ble gitt en skriftlig form, slik at de skulle være lette å forstå for leseren. Jeg anser disse endringene som nødvendige, men innser at de utgjør en trussel mot den deskriptive validiteten.

*I tolkningsvaliditet* er man opptatt av hvilken mening et fenomen har for menneskene som tar del i dem. Mening her inkluderer intensjoner, tanker, følelser, holdninger, evalueringer og ellers alt informantens perspektiv kan innebære (Maxwell, 1992). I intervjusituasjonen står intersubjektivitet sentralt. Det vil si at det skapes en felles forståelse mellom forsker og informant (Maxwell, 1992; Dalen, 2004). Jeg opplevde at det var god intersubjektivitet under intervjuet. Som en strategi for å styrke intersubjektiviteten ytterligere stilte jeg en del oppfølgingsspørsmål i form av omformuleringer av informantens svar, for å forsikre meg om at jeg forsto informanten riktig. Kvale og Brinkmann (2009) kaller dette fortolkende spørsmål. Fordi forskerens forforståelse brukes aktivt i fortolkningen av data har jeg forsøkt å gjøre rede for min forforståelse. Dette gjøres i følge Dalen (2004) for at leseren skal ha mulighet til å gjøre en kritisk vurdering av i hvilken grad dette har påvirket tolkningen av resultatene. Maxwell (1992) understreker at meningen som fremstilles må basere seg på språket og begrepsrammeverket til den personen vi ønsker å forstå fenomenet gjennom. Derfor er det viktig å bruke flest mulig av informantens egne utsagn. Dette har jeg forsøkt å etterstrebe ved å benytte mange av informantenes sitater i presentasjon av dataene.

*Teoretisk validitet* dreier seg om i hvilken grad begrepene, mønstrene og modellene forskeren anvender, gir oss en teoretisk forståelse for de fenomenene det forskes på (Maxwell, 1992). En forutsetning for teoretisk forståelse er valide, rike og fyldige beskrivelser fra informantene (Dalen, 2004). Bruken av datatriangulering, ved å benytte to informantgrupper, styrker den teoretiske validiteten i undersøkelsen. Data fra flere kilder gjør det mulig for forskeren å skrive detaljerte, tykke beskrivelser av forskningsfeltet (Mathison, 1998; Postholm, 2005). Teoretisk validitet krever også en dokumentasjon av de sammenhengene som avdekkes, fortolkes og forklares i datamaterialet (Dalen, 2004). Jeg har forsøkt å tydeliggjøre de analytiske grepene og redskapene som er brukt i analysen. I følge Dalen (2004) er det nødvendig for at andre skal kunne vurdere validiteten av de analysene som er foretatt.

### **3.7.3 Generaliserbarhet**

Generaliserbarhet slik begrepet opprinnelig er brukt dreier seg om overføringsverdien av forskningsresultater, fra utvalget til populasjonen (Andenæs, 2000; Gall et al., 2007). Fordi det i kvalitativ forskning som regel benyttes små, formålstjenelige utvalg gjøres det sjelden en systematisk generalisering av resultatene (Maxwell, 1992; Dalen, 2004). Generaliserbarhet i kvalitativ forskning er vanligvis basert på antagelsen om at teorien kan være *anvendbar* for andre lignende personer eller situasjoner (Maxwell, 1992).

Denne undersøkelsen har ikke som hensikt å generalisere funnene, og spesifikke utfordringer i forhold til generaliserbarheten vil derfor ikke drøftes her. Jeg ønsker å belyse fenomenet fra informantenes synspunkt for å gi et bilde av hvordan utprøvingen av Lidcombe-programmet kan utarte seg, og hvordan behandlingsprosessen kan oppleves for de involverte. Det betyr ikke at jeg stiller meg uforpliktet til at resultatene kan være relevante og anvendbare for andre lignende personer og situasjoner. I følge Andenæs (2000) er det mottakeren for resultatene som avgjør hvor anvendelige resultatene er for andre situasjoner. For at mottakeren skal kunne vurdere hvor anvendelige resultatene er må det foreligge tilstrekkelig og relevant informasjon om resultatene (Dalen, 2004). Dette har jeg forsøkt å ta til etterretning ved å gjøre en grundig beskrivelse av leddene i forskningsprosessen.

## **3.8 Etske refleksjoner**

Forskningsetikk handler i følge Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap, jus og humaniora [NESH] (2006) om å ta hensyn til ett sett av verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å konstituere og regulere vitenskaplig virksomhet. Etske spørsmål er noe forskeren må reflektere over gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg anser hensyn til personer som mest sentralt i denne undersøkelsen. Dette vil derfor være fokus for redegjørelsen som følger.

Fordi undersøkelsen innebar behandling av en del indirekte personopplysninger måtte prosjektet i henhold til NESH (2006) sine retningslinjer meldes til Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste (NSD). Med indirekte personopplysninger menes opplysninger som kan identifisere personen gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller institusjonstilknytning kombinert med opplysninger om alder, kjønn, yrke, diagnose osv. (NESH, 2006). Jeg så det som relevant for min undersøkelse å stille spørsmål under intervjuet som vedrørte lignende opplysninger.

NESH (2006) stiller krav om at forskeren innhenter informantenes informerte og frie samtykke. Etter å ha informert informantene både skriftlig og muntlig om tema og formål med undersøkelsen, og den praktiske gjennomføringen av intervjuet fikk de muligheten til å stille spørsmål eller komme med kommentarer i forkant av intervjuet. I tillegg ble de bedt om å signere en samtykkeerklæring (Vedlegg 8) før vi startet.

Da formålet med undersøkelsen i førsteomgang var å innhente informasjon angående logopedens erfaringer med utprøvingen av Lidcombe-programmet var det sannsynlig at erfaringene var nært knyttet opp mot noen få barn og deres foreldre. I følge NESH (2006) må forskeren tenke gjennom og håndtere mulige virkninger på en eventuell tredjepart som ikke er direkte inkludert i forskningen. Fordi det i intervjuene ville kunne fremkomme en del indirekte personidentifiserende opplysninger om barna og deres foreldre ønsket jeg, med pålegg fra NSD, i tillegg til å innhente samtykke fra logopeden å hente inn informert samtykke fra foreldrene. Dette ble også gjort med tanke på at logopeden ikke skulle bryte taushetsplikten sin. Det ble formidlet skriftlig informasjon (Vedlegg 9) om prosjektet til foreldrene, og samtykket ble innhentet muntlig gjennom logopeden.

I tråd med NESH (2006) sitt krav om konfidensialitet har forskningsmaterialet blitt anonymisert. All informasjon som kan identifisere informantene skal tilintetgjøres når forskningsprosessen er over.

## 4 RESULTATER OG DRØFTING

Resultatene ble organisert i fire hovedtemaer som pekte seg ut under analysen av datamaterialet. Med bakgrunn i en fenomenologisk tilnærming har jeg valgt ut de temaene som informantene var mest opptatt av under intervjuene, og har med dette valgt å løsrive meg litt fra strukturen i intervjuguiden. Samtidig har jeg hatt forskningsspørsmålene foran meg hele veien for å forsikre meg om at presentasjonen svarer på problemstillingen for oppgaven:

*Hvilke erfaringer har logopedene og foreldrene gjort med utprøvingen av Lidcombe-programmet som behandlingsmetode for førskolebarn som stammer i Norge?*

For å få en helhetlig oversikt har jeg valgt å presentere funnene og drøftingen samtidig. Resultatene drøftes i forhold til relevant teori og empiri. Med bakgrunn i den fenomenologiske tilnærmingen i undersøkelsen har jeg valgt å bruke mange sitater, slik at informantenes stemme kommer tydelig fram.

### 4.1 Presentasjon av informantene og behandlingstilfellene

I presentasjonen av barna som har blitt behandlet med Lidcombe-programmet har jeg valgt å bruke fiktive navn som er i overensstemmelse med barnets kjønn. Barna som har blitt behandlet med Lidcombe-programmet er: *Lars, Marie* og *Siri*. Presentasjonen av barna bygger på en sammenfatning av den informasjonen som er gitt av informantene.

Informantgruppe 1 omfatter logopedene som har hatt barna til behandling. Logopedene vil bli benevnt som *logoped A* og *logoped B*, eller tilknyttet barnas navn. Informantgruppe 2 omfatter foreldrene som har deltatt i behandlingen sammen med barnet sitt. De vil benevnes tilknyttet barnas navn. Jeg har intervjuet *moren til Lars* og *moren til Siri*. Grunnen til at det var mødrene som ble intervjuet var at det var de som hadde hatt hovedansvaret for utføringen av behandlingen i alle tilfellene, og som meldte seg som representanter for foreldrene.

#### 4.1.1 Informantgruppe 1: Logopedene

##### Logoped A

Den første logopeden som ble intervjuet tok logopedutdannelsen sin for tolv år siden, og har jobbet som logoped i syv av disse årene. I løpet av denne tiden har hun jobbet mest i grunnskole og videregående. Hun har hatt erfaring med barn på første trinn som stammer. Hun forteller at hun i møtet med disse barna har jobbet mest indirekte, gjennom veiledning av foreldrene, men også sammen med barnet med fokus på språklig bevissthet og kommunikasjon. Logopeden har hatt én erfaring med behandlingen i Lidcombe-programmet, sammen med gutten Lars og hans mor. Hun forteller at behandlingen nå er avsluttet.

## **Logoped B**

Den andre logopeden jeg intervjuet ble ferdig utdannet logoped i 2006, og har jobbet som logoped i to og et halvt år etter det. De to første årene jobbet hun med både førskolebarn og skolebarn. Det siste halvåret har hun kun jobbet med barn i førskolealder. Hun forteller at hun har vært borte i mange førskolebarn som har hatt en avansert form for stamming, og at hun har tatt i bruk både indirekte og direkte metoder i arbeidet. Logopeden har benyttet Lidcombe-programmet ved to tilfeller, sammen med Marie og Siri og deres mødre. Logopeden forteller at Marie stadig er under behandling, men at behandlingen må sies å være delvis fordi den ikke inneholder alle komponentene som skal være tilstede, og at den kombineres med andre metoder. Behandlingen av Siri befinner seg i slutten av stadium 1, rett i overgangen til stadium 2.

### **4.1.2 Informantgruppe 2: Foreldrene**

#### **Moren til Lars**

Foreldrene til Lars er skilt. De har to barn sammen, Lars og hans eldre søster. Lars bor mest hjemme hos mor, og er stort sett hos far i helgene. Moren til Lars forteller at hun har hatt hovedansvaret for behandlingen. Det er hun som har vært tilstede under møtene med logopeden, og som har utført de daglige øktene hjemme sammen med Lars. Far har også vært tilstede under møtene en del ganger. Begge foreldrene var i full jobb da Lars ble behandlet med Lidcombe-programmet. Under behandlingsperioden fikk mor velferdspermisjon fra jobben ca to timer i uken.

#### **Moren til Siri**

Foreldrene til Siri er gift og har to døtre, Siri og hennes lillesøster. Moren til Siri hadde svangerskapspermisjon og var hjemmeværende under første stadium av behandlingen i Lidcombe-programmet. Hun er nå tilbake i arbeid i åtti prosent stilling. Far har vært i full jobb under hele behandlingsperioden. Mor har hatt hovedansvaret for behandlingen av Siri. Hun forteller at det er hun som har vært med til logopeden hver gang.

### **4.1.3 Behandlingstilfellene**

#### **Lars**

Lars er født i 2003 og var nesten seks år da han startet med behandlingen i Lidcombe-programmet. Han gikk i barnehage under denne perioden. Moren til Lars forteller at han trivdes godt i barnehagen. Logopeden beskriver Lars som en harmonisk gutt, og moren forteller at Lars er sosial og hjelpsom overfor andre barn. Han er motorisk flink. Moren forteller at stammingen kom veldig plutselig. Logopeden sier at stammingen til Lars ikke var preget av store blokkeringer, men at han hadde mange gjentakelser, særlig i begynnelsen av ord. Både logopeden og moren beskriver stammingen som ”startproblemer” i enkelte kommunikasjonssammenhenger og logopeden forteller at foreldrene ga uttrykk for at de synes Lars ofte ”kom litt til kort” i disse sammenhengene. Dette var spesielt i forhold til storesøsteren som var veldig verbal. Logopeden plasserte, i samarbeid med foreldrene, Lars sin stamming som 4-5 på alvorlighetskalaen. Moren forteller at hun tror Lars var bevisst på at han stammet, men at det ikke virket som han led så mye under stammingen hverken hjemme eller i barnehagen. Hun forteller at Lars kunne ta ordet i samlingsstund i barnehagen, selv om det var litt vanskelig å si enkelte ting. Logopeden forteller at barnet ikke viste store frustrasjoner rundt stammingen, men at det virket som han ofte trakk seg litt tilbake. I forhold til Guitar (2006) sin beskrivelse av utviklingsnivåer kan det høres ut som stammingen til Lars faller innunder grensestamming, fordi stammingen hovedsakelig består av hyppige delordsrepetisjoner. I tillegg refereres det ikke til sekundær atferd og han viser litt bevissthet, men ingen frustrasjon rundt stammingen. Det var ikke prøvd ut noen andre stammebehandlingsmetoder for Lars før han startet med behandlingen i Lidcombe-programmet, og det var første gangen Lars gikk til logoped.

#### **Marie**

Marie er fire år. Hun bor sammen med begge foreldrene sine og søsken. Mor har vært i en jobbsøkningsprosess og har derfor vært hjemmeværende, mens far har jobbet fulltid. Marie har vært i barnehage på dagtid. Marie er tospråklig. I følge logopeden har Marie mye, hard og avansert stamming med mange og store blokkeringer. På skalavurderingen som brukes i Lidcombe-programmet plasserer logopeden Maries stamming på ni eller ti. Logopedens vurdering av Maries stamming ser ut til å være i samsvar med det Guitar (2006) kaller avansert stamming, selv om aldersanvisningen ikke passer. Det har blitt prøvd ut flere ulike behandlingsmetoder for Marie, både indirekte og direkte. Nå bruker de flere ulike metoder i kombinasjon med elementer fra Lidcombe-programmet. Logopeden sier at Maries taleflyt har blitt noe bedre, og at det har "løsnet litt" den siste perioden. Det er moren til Marie som har hatt hovedansvaret for utføringen av den delvise behandlingen med Lidcombe-programmet.

## **Siri**

Siri var fire og et halvt år da hun startet med behandlingen i Lidcombe-programmet. Hun hadde da gått i barnehage siden hun var ett og et halvt år. Moren beskriver Siri som en rolig og harmonisk jente. Hun forteller at hun trives godt i barnehagen. Både moren og logopeden forteller at stammingen til Siri gikk veldig opp og ned periodevis. Moren sier at stammingen startet da Siri var rundt tre år og gikk på småbarnsavdelingen i barnehagen, og at hun hadde både gode og dårlige perioder etter dette. Logopeden plasserer stammingen til Siri, på det tidspunktet de kom til logopeden, rundt fire-fem på alvorlighetskalaen. Hun forteller at stammingen har forekommet relativt ofte, at barnet har gått opp i toneleie og har hatt mye sekundær atferd i form av blinking. Logopeden beskriver stammingen som "påtagelig" og forteller at Siri har kommentert stammingen selv. Mor forteller at den verste perioden med stamming fant sted før de fikk hjelp. Hun sier at Siri stoppet opp midt i ord, og ikke klarte å få fram ordet hun ville si. Tross i det forteller mor at hun opplever at Siri aldri har brydd seg så mye om stammingen selv, men at hun kunne bli sint om andre prøvde å legge ord i munnen på henne. Det kan høres ut som Siri har nådd begynnende stamming jamført med utviklingsnivåene i Guitar (2006) sin modell, fordi hun har begynt å utvikle sekundær atferd og fordi hun viser både bevissthet og noe frustrasjon tilknyttet stammingen. Det var ikke prøvd ut andre formelle stammebehandlingsmetoder for Siri før hun startet med behandlingen i Lidcombe-programmet, men foreldrene forteller at de leste en del informasjon om stamming på internett og forsøkte å følge de rådene de fikk der.

## 4.2 Logopedens tanker om Lidcombe-programmet

Bruken av Lidcombe-programmet som behandlingsmetode for førskolebarn som stammer er nytt i Norge, og logopedene i denne undersøkelsen har vært med på å gjøre de første utprøvingene av programmet på hjemmebane. Logopedene formidlet en del tanker de gjorde seg før, under og etter utprøvingen av Lidcombe-programmet, som ikke er direkte knyttet til behandlingstilfellene. Tankene som utmerket seg vil ble presentert her.

### 4.2.1 Lidcombe-programmet i forhold til tradisjonell praksis i Norge

I Norge har det vært tradisjon for å benytte en indirekte tilnærming til behandling av stamming hos førskolebarn, med vekt på å tilrettelegge talemiljøet framfor å behandle stammingen direkte (Hansen & Herland, 2003). Lidcombe-programmet er et direkte atferdsmodifiserende behandlingsprogram (Onslow, 2003a) og bryter på denne måten med den tradisjonelle praksisen. Logoped A sier i samsvar med dette at hun opplever Lidcombe-programmet som annerledes i den forstand at det er en mye mer direkte og åpen tilnærming til stammebehandling av førskolebarn enn det som har vært vanlig praksis i Norge. Hun sier:

*I så lav alder har man ikke fokusert så mye på talens form eller hva jeg skal si da. Ikke den klare bevisstgjøringen, men det blir mer en sånn indirekte tilnærming hvor man jobber med det mindre bevisst da.*

Logopeden beskriver at hun i forkant av sertifiseringskurset var litt skeptisk til den behavioristiske tankegangen bak Lidcombe-programmet. Denne skeptisismen deles av flere innenfor stammebehandlingsfeltet i Skandinavia. Laulund (2002) beskriver tenkesettet bak Lidcombe-programmet som positivistisk, i den forstand at den fokuserer på det målbare og det konstaterbare ved talen. Han skriver at det positivistiske synet bryter med den skandinaviske tilnærmingen til "hele mennesket" i behandlingen av stamming. Logoped A forteller at hun i ettertid av utprøvingen av Lidcombe-programmet mener at programmet ikke forfekter en rendyrket atferdsmodifiserende tankegang. Hun sier at behandlingen i programmet heller inneholder elementer fra denne tilnærmingen.

Logoped B sier at hun ved første øyekast opplevde Lidcombe-programmet som tradisjonsbrytende, men at hun ved nærmere øyesyn opplever at programmet inneholder både tradisjonelle og utradisjonelle komponenter. Hun forklarer det på denne måten:



*Ja, det er jo ikke så veldig tradisjonelt kanskje, men det er klart, det er jo det elementet med at man bruker veiledning, at man har tett oppfølging med foreldrene da. Det er jo alltid ønskelig og det sikrer man seg jo gjennom dette programmet, men det som er veldig utradisjonelt det er at man legger over den direkte behandlingen, den som skjer hver dag legger man jo over på foreldrene, men samtidig så sikrer man jo hele tiden at de er med da, gjennom å følge dem opp.*

#### **4.2.2 Sertifiseringskurset som en plattform**

I følge Harrison og Onslow (2010) har det kommet konsekvente tilbakemeldinger fra logopedene rundt om i verden om at kurset har vært viktig for å kunne benytte seg av programmet. Logopedene gir uttrykk for at sertifiseringskurset var med på å gjøre dem i stand til å starte opp med å bruke Lidcombe-programmet i sin praksis. De beskriver kurset som en positiv opplevelse som ga god innsikt i tenkningen bak programmet, og forteller at innholdet var godt balansert mellom presentasjon av informasjon, praktiske oppgaver og diskusjon.

Logoped A beskriver det å delta på kurset slik:

*Det tenker jeg at var et "must". Det å gå gjennom de praktiske øvelsene og kunne stille spørsmål der og da, og se også hvordan det er ment at man skal jobbe da. for det er jo ulike settinger ikke sant, mer strukturert og ustrukturert og vi fikk jo alt dette demonstrert på dvd da. Og de kom jo med kommentarer de foreleserne. Så det tenker jeg er en nødvendighet. Jeg hadde aldri turt å sette i gang uten det kurset. Og det skal man jo ikke heller.*

Logoped B sier også at sertifiseringskurset var et viktig grunnlag for oppstarten, men at kurset i seg selv ikke er tilstrekkelig for å kunne håndtere behandlingen riktig. Harrison og Onslow (2010) poengterer at det ligger en stadig trening i å tilegne seg erfaring med behandlingen.

Logoped B understreker nettopp dette:

*Jeg tror ikke du kan trene nok på kurset for å lære deg det helt. Det er noen ting som kommer med erfaring.*

Videre sier logopedene at:

*Sånn kursmessig synes jeg det var en flott grunn å stå på da.*

Logoped A sier også at hun ikke følte seg "utlært" etter kurset:

*Det er ikke sånn at jeg i ettertid av kurset følte at dette var jeg skikkelig god på. Jeg måtte forberede meg skikkelig til hver gang.*

Enkelte logopeder i Rousseau et al. (2002) sin spørreundersøkelse ga uttrykk for at de opplevde at de ikke hadde nok tid til å sette seg ordentlig inn i programmet. Logoped A forteller i samråd med dette at manglende tid kan være et problem. Logoped B peker på at kurset, i tillegg til å være en god plattform, var med på å skape et nettverk av logopeder som deltok på samme kurs og som kan fungere som diskusjonspartnere for hverandre. Harrison og Onslow (2010) påpeker viktigheten av slike ”nettverk”, der det bør foregå en dialog med andre logopeder som også har erfaring med programmet. Logoped B påpeker at det er viktig å begynne å bruke programmet så raskt som mulig etter at man har deltatt på et sånt kurs. Hun sier at hun tror det kan være vanskelig å ”kaste seg ut i det” om det går for lang tid på grunn av usikkerhet. Noen av logopedene i Rousseau et al. (2002) sin undersøkelse oppga at de manglet selvsikkerhet i bruken av behandlingen. Dette kan kanskje henge sammen med manglende erfaring.

### **4.2.3 Lidcombe-programmet som en del av logopedens ”verktøykasse”**

Selv om logopedene anerkjenner at indirekte metoder har vært ordinær praksis i arbeidet med førskolebarn som stammer i Norge, og at Lidcombe-programmet på mange måter bryter med denne praksisen, poengterer logopedene at de opplever det som nødvendig å ta i bruk flere metoder i arbeidet med førskolebarn som stammer. Logoped A forklarer at hun ikke ser på Lidcombe-programmet som en metode som er uforenlig med den tradisjonelle tilnærmingen til stammebehandling av førskolebarn i Norge, og heller ikke med andre stammebehandlingsmetoder. Hun sier dette:

*For jeg ser på det ikke sånn enten eller. Det er veldig fint å ha forskjellige tilnærminger. Da har man et mer bredt spekter å spille på, og da har man flere ting som er mulig at kan tilpasses til det enkelte individet tenker jeg. Så for meg blir det ikke noen motsetninger.*

Logoped B understreker også viktigheten av å tilpasse behandlingstilnærmingen individuelt:

*Erfaringen er at når man jobber med dem så får man hele tiden bare bruke det man har. Man kan bruke veldig mye forskjellig, avhengig av hvilket barn det er.*

Logopedene gir uttrykk for at de ikke ser for seg at Lidcombe-programmet nødvendigvis passer for alle eller utelukker andre tilnærminger til stammebehandling for førskolebarn, men at programmet kan være et godt tilskudd til logopedens ”verktøykasse”. Logoped A sier:

*Jeg tror at vi som logopeder, vi trenger ulikt verktøy, for det er de individuelle vi skal ta vare på og da tror jeg heller ikke på at Lidcombe funker for alle, men man må ha et spekter som man kan finne hva som funker for deg. Og der synes jeg kanskje vi har en vei å gå. Jeg tror de er litt lenger framme i andre land.*

Logoped B sier dette:

*Jeg føler vel at nå når man går på kurs på Bredtvet, som er enda de som er oppdatert på det her så føler jeg at da snakker de mye mer om den her verktøykassa. Det her å bruke mye forskjellig. Jeg føler de er litt mer sånn nå på at det som kan hjelpe den enkelte, at man må bare teste ut, for å finne ut hva som passer, at det ikke er noe sånn at dette passer for alle. Man må gå i fra det der for det er så individuelt da.*

Logopedenes syn på stammebehandlingsfeltet i Norge i dag, slik det uttrykkes her, er ikke helt sammenfallende. Mens logoped A gir uttrykk for at norske logopeder ligger litt bak i internasjonal sammenheng i forhold til å ha flere stammebehandlingsverktøy i ”verktøykassa”, nevner logoped B Bredtvet kompetansesenter som en institusjon som fremmer en slik tilnærming.

## **4.3 Foreldrenes erfaringer med behandlingen**

Utviklerne av Lidcombe-programmet har tildelt foreldrene en sentral rolle i programmet ved at de skal utføre den direkte behandlingen. Implementeringen av behandlingskomponentene skjer i nært samarbeid med logopeden, som også skal overvåke gjennomføringen (Onslow, 2003b). Mødrene forteller om sin opplevelse av den prosessen de har vært gjennom i forbindelse med behandlingen i Lidcombe-programmet. Opplevelsene som utpekte seg vil bli presentert her. Mødrenes skildringer vil her bli komplettert med logopedenes beretninger.

### **4.3.1 Å søke om hjelp**

Mødrene i undersøkelsen forteller om en lang prosess, der de hadde mange å forholde seg til underveis og der de måtte stå på mye selv, for å få hjelp med barnets stamming. Moren til Lars forteller:

*Det var jo mye frem og tilbake med, om det var PP-tjenesten eller fagtjenesten, ja, et eller annet. Jeg husker ikke hva alle disse forskjellige institusjonene heter jeg.*

Moren til Siri forteller at de søkte hjelp i over ett år, fra Siri var tre og ett halvt år til hun var fire og et halvt, før de fikk hjelp med barnets stamming hos nåværende logoped. Mødrene gir uttrykk for at de opplevde at barnets stamming ikke ble tatt på alvor i barnehagen eller av PP-tjenesten. Mødrenes beskrivelser vitner om at de ble møtt med en ”vente og se”-holdning til behandling av førskolebarn som stammer både i barnehagen og i PP-tjenesten. Moren til Lars forteller:

*Det kom veldig plutselig. Plutselig så begynte han å stamme, og vi hadde jo inne noen fra PP-tjenesten som sa at det her går over. Det er barnestamming, men så var det litt bedre, og så plutselig ble det litt verre uten at vi kunne sette fingeren på hvorfor hverken det kom eller hvorfor det ble verre.*

Moren til Siri forteller om det samme:

*Vi spurte i barnehagen og de mente at: ”ikke tenk så mye på det. Det her går over. Veldig mange har det, så det her går over”, men det er så vondt å høre på. Forferdelig vondt å høre på.*

Moren til Siri gir uttrykk for foreldrenes følelsesmessige reaksjoner i forbindelse barnets stamming. Hun forteller at foreldrene hadde behov for hjelp, fordi det var vanskelig for dem å være vitne til barnets stamming. Moren til Siri forteller samtidig at de synes selv at det var vanskelig å bedømme om Siris taleatferd var normal eller ikke. Hun sier i den forbindelsen:

*Jeg husker hun gikk da på småbarnsavdelingen i barnehagen, og jeg hørte jo at det var flere på småbarnsavdelingen som lette etter ord og stotret litt og det gjorde også Siri, men det var så vanskelig det der. Hva var stotring og hva var stamming?*

Moren til Siri forteller at de etter hvert opplevde at det som kunne framstå som normal taleatferd for barn i den alderen etter hvert utviklet seg til stamming, der Siri sto mye fast og ikke klarte å få fram enkelte ord. Det framgår at foreldrene til Siri opplevde å få lite bistand av

barnehagen, og mor forteller at de måtte stå på veldig mye selv for å skaffe seg informasjon, bl.a. gjennom å lese om stamming på internett:

*...det sto på nettet da, det var at jo før du begynner med behandling jo bedre er det. Så vi hørte mer på det. Også gikk vi inn i det selv egentlig.*

Moren forteller at det ikke først og fremst var Siri som trengte hjelp med å håndtere stammingen, men at foreldrene hadde behov for å få mer informasjon og veiledning i forhold til hvordan stammingen bør håndteres. Hun forteller at de selv måtte ta direkte kontakt med bydelen. Dette utløste en lang prosess der det var mye fram og tilbake, og Siri ble utredet av flere logopeder. Moren forteller at det var tilknyttet mye usikkerhet rundt hvem som hadde ansvaret for å hjelpe dem, noe som resulterte i at det tok et helt år med mye fortvilelse:

*...mange sa jo til oss når vi begynte: "nei, nei, nei, det var så lite, det her går over. Når de er sju-åtte år da er de helt fine. Veldig mange stammer når de er små. Kanskje, jeg vet ikke, men hun hadde et halvannet år der det var ganske ille i perioder. Det var når vi søkte hjelp. Skrek om hjelp. Maste. Og du må stå på selv, for å komme dit vi var.*

### **4.3.2 Forventninger og forutsetninger**

Harrison et al. (2003) påpeker at foreldrenes forventninger og holdninger til Lidcombe-programmet kan gjøre utslag for progresjonen i behandlingen. Moren til Lars forteller at de var kritiske til Lidcombe-programmet som behandlingsmetode da logopeden først la fram forslaget om behandlingen. Denne skeptisismen var først og fremst knyttet opp mot praktiske hensyn ved at foreldrene selv skulle utføre behandlingen. Hun sier:

*Det blir jo litt mer utfordrende når det er foreldrene som må gjøre det. Altså for da må du ta deg fri fra jobb og sånn.*

Moren til Lars sier at hun forventet seg altså at programmet ville ta opp mye tid i hverdagen, og at dette kunne bli problematisk. Hun forteller også at hun satte spørsmålstegn ved egne forutsetninger for å kunne utføre behandlingen:

*...jeg tenkte jo før programmet: Skal jeg greie liksom huske på det og øve hver dag og sånn, men det er jo litt fordi én er vant til hele tiden at det er andre som ordner alt, men nei så det da blir du jo også litt bevisst hvordan du også jobber med ungen. Så*

*jeg synes det var veldig godt når vi kom i gang, eller bra når vi kom i gang, men akkurat sånn i starten så var jeg litt sånn: ja vel.*

Disse forventningene sammenfaller med funnene til Goodhue et al. (2010) om at enkelte mødre forventer at andre skal ”fikse” barnet, framfor at mor må utføre behandlingen selv. Moren til Lars gir uttrykk for at hun i ettertid stiller seg positiv til at foreldrene utfører behandlingen:

*Jeg synes jo sånn i ettertid, så er det vel kanskje riktig at det er foreldrene som tar det, men da må jo ungen være motivert for det. Det er jo ikke gitt at foreldrene greier å motivere barna til det. Da kan det hende at det er bedre hvis det er andre.*

Mange av mødrene i Goodhue et al. (2010) sin studie ga uttrykk for det samme, og mente at foreldreansvaret kunne øke effekten av behandlingen. Det ser ikke ut som morens skeptisisme overfor behandlingen hadde noen negativ innvirkning på progresjonen i behandlingsframgangen i dette tilfelle, slik Harrison et al. (2003) skriver at det kan ha. Moren til Lars forteller at hun ikke hadde noen særlig andre formeninger om Lidcombe-programmet da de startet, men at hun var positiv i utgangspunktet:

*Jeg har ikke noe forutsetning for å si om den ene metoden er bedre enn den andre, men denne hadde jo vist en del positive effekter, så jeg synes jo det er veldig ålreit å være med på noe du har sett det på, for det er jo ikke gitt at en ordinær logoped greier å dra fram det samme.*

Dette hentyder at det kan være viktig med ”evidensbasert” behandling, der valget av behandlingsmetode er støttet på empirisk forskning (Ingham, 2003). Slik kan foreldrene ha noe konkret å forholde seg til når de skal ta stilling til ulike behandlingstilnærminger. I den forbindelsen har vi sett at flere studier viser positiv effekt av Lidcombe-programmet (Harris et al., 2002; Lattermann et al., 2008; Miller & Guitar, 2009). Moren til Siri sier dette:

*Det eneste var at det var veldig nytt i Norge da, og jeg forsto det vel sånn at det var x-antall personer som hadde vært på kurs, men de hadde ikke prøvd det ut i noen særlig grad. Vi fikk høre at det var prøvd ut i andre land og at det var med positive effekter, men ikke her i Norge. Vi følte kanskje at vi var litt sånn prøvekanin, men vi var positive til det, absolutt.*

Moren til Siri gir uttrykk for at de ikke var kritiske til behandlingen da forslaget ble lagt fram. Logopeden derimot beskriver sin opplevelse av foreldrenes umiddelbare reaksjon som skeptisk:

*Skeptiske i den forstand at de lurte veldig på det her med: "Hvis vi kommenterer, hvis vi begynner å kommentere både det med flott snakking og sånn. Hvordan skal da barnet tenke. Da tenker jo barnet, men hvis dette er flott snakking da, så hvis jeg hopper på det, er ikke det bra da?"*

Denne bekymringen er i overensstemmelse med diskusjonen som har oppstått bl.a. i England og Danmark. Stewart (1996) har uttrykt bekymring for at kommentarer på barnets stamming kan føre til at barnet ser på seg selv som en "stammer" i negativ forstand. Laulund (2002) har satt spørsmålsteget ved om foreldrene, som de viktigste personene i barnets liv, sender negative signaler til barnet sitt ved å ha så mye fokus på barnets tale.

Det kan det virke som behovet for å få hjelp og foreldrenes sterke ønske om bedring hos barnet gjorde at foreldrene til Lars "hoppet i det", og lot være å uttrykke bekymringer i starten. Logopeden forteller dette om foreldrene til Lars:

*Til meg så var de åpne fordi at de følte absolutt at de ønsket at barnet deres skulle få hjelp. Så de sa ja umiddelbart: "ja, vi kan prøve det ut"*

Hun forteller videre:

*...i ettertid så sa mor at hun var litt skeptisk. Hun var faktisk det. Den første eller de to første gangene, når hun skjønnte at hun skulle gi disse tilbakemeldingene, som virker litt kunstig da, ikke sant.*

Logoped A poengterer i samsvar med Harrison et al. (2003) at foreldres forutsetninger er viktig for å kunne gjennomføre behandlingen i Lidcombe-programmet, og at det er logopeden som skal sørge for at foreldrene får en grundig forståelse for behandlingen:

*Jeg tror forutsetningene til foreldrene er nok veldig ulik, så man skal "sense" på det om foreldrene er i stand til å gjennomføre det og kanskje noen ganger må man si at kanskje ikke det er den rette metoden fordi man ser at foreldrene ikke forstår helt hva det går ut på.*

Logopeden understreker her at det, i tillegg til å gi en forståelse for hva Lidcombe-programmet handler om, også er logopedens ansvar å avgjøre om foreldrene er ”egnet” til å utføre behandlingen. Logoped B utpeker nettopp dette poenget som noe av essensen i Lidcombe-programmet:

*Jeg synes at det som er litt fint med det opplegget med Lidcombe er at jeg synes ikke de legger over behandlingen på foreldrene i den fortsand, eller jeg ser det ikke helt sånn lenger. Hvis ikke foreldrene klarer å gjøre det de skal gjøre eller hvis de er usikre eller alt med foreldrene legges egentlig tilbake på deg som behandler da. Så hvis ikke de får med seg noe da så er det noe du har gjort. Alt går tilbake til logopeden, og det synes jeg for så vidt er litt flott, for du får jo veldig sånn refleksjon.*

Logoped B legger alt ansvaret i behandlingen på logopedens skuldre. Harrison og Onslow (2010) påpeker at behandlingen er logopedens ansvar.

### **4.3.3 Behandlingsprosessen**

Behandlingsprosessene slik foreldrene opplevde dem kan kategoriseres som det Hayhow (2009) kaller en ”enkel prosess”. I dette avsnittet begrunnes og drøftes denne påstanden med utgangspunktet i hennes undersøkelse av foreldrenes erfaringer med Lidcombe-programmet.

Det fremgår at foreldrene hadde det Hayhow (2009) betegner som et positivt og egnet utgangspunkt. Det framgikk ovenfor at selv om moren til Lars var noe skeptisk til elementer i behandlingen helt i starten, så var foreldrene også positivt innstilt fordi de ønsket å få hjelp. Logopeden beskriver foreldrene til Lars som:

*..veldig positive hele veien.*

I tillegg forteller logopeden at moren til Lars raskt forsto hva behandlingen innebar:

*Det virket som om mor intuitivt klarte på en måte å adoptere den tenkemåten og metodikken sånn at jeg tror det ble fort ganske logisk for henne da.*

Logopeden til Siri forteller at selv om foreldrene umiddelbart virket skeptiske til det å kommentere barnets stamming, så ble de raskt beroliget når de så at behandlingen hadde en positiv effekt på barnet. Moren til Siri sier at de stilte seg positive til behandlingen med Lidcombe-programmet da forslaget først ble lagt fram. På spørsmål om det var noen



komponenter i programmet de reagerte på svarer mor nei, men mor forteller også at det å kommentere på barnets stamming hadde vært noe de var usikre på om de skulle gjøre eller ikke før de kom til logopeden:

*...når vi begynte i fjor da, så hadde vi hjemme snakket veldig lite om det, så jeg var litt redd for hvordan hun ville reagere på det, når jeg tok det opp, så lenge ikke hun tok det opp selv.*

Logopeden forteller at foreldrene til Siri var veldig oppmerksomme, reflekterte og lette å snakke med. Dette tolker jeg som at logopeden mener at foreldrene var godt egnet til å delta i behandlingen.

En annen sentral faktor som hadde påvirkning på om foreldrene opplevde behandlingen som en ”enkel prosess” var i følge Hayhow (2009) at barnets stamming ble redusert raskt og konsistent. Moren til Lars og logopeden forteller at behandlingen tok totalt seks måneder, og at det tok fire måneder før de kunne gå fra stadium 1 til stadium 2. Beregnet til antall besøk hos logopeden blir det 16 kliniske besøk. Moren til Lars sier:

*Han stammer overhodet ikke lenger, og det gikk veldig fort.*

Sammenlignet med gjennomsnittlig behandlingstid i Miller og Guitar (2009) sin undersøkelse, der det også ble brukt logopeder som ikke hadde tidligere erfaring med Lidcombe-programmet, er behandlingstiden for Lars tilnærmet den samme med 16 uker for Lars mot 17 uker i Miller og Guitar (2009) sin undersøkelse. En faktor som ser ut til å påvirke behandlingstiden er alvorlighetsgraden av barnets stamming. Det ser ut som at barn med mer alvorlig stamming bruker lengre tid enn barn med mindre alvorlig stamming (Jones et al., 2000; Kingston et al., 2003). Hverken logopeden eller foreldrene beskriver Lars sin stammeproblematikk som veldig alvorlig. Logopeden sier:

*Han var nok ikke den tyngste stammeren.*

Hun forteller videre at hun i samarbeid med foreldrene plasserte stammingen til Lars mellom 4 og 5 på alvorlighetskalaen da de startet behandlingen. Moren til Lars påpeker at stammingsens alvorlighetsgrad varierte veldig periodevis:

*Ja, enkelte ganger så var det veldig ille, mens andre ganger så gikk det bedre, men det var ikke sånn typisk stamming på halve ord, men det var sånn at han ikke kom i gang på en setning kan du si.*

Det er uansett viktig å påpeke at varigheten av behandlingen varierer for hvert enkelt barn. Fordi det her handler om foreldrenes opplevelse av behandlingen vil det selvfølgelig være helt avgjørende at foreldrene oppfatter at barnets stamming reduseres raskt og konsistent.

Logopeden forteller at Siri hadde vært 18 uker i stadium 1, og at de nå var i ferd med å gå over i stadium 2. Dette er én uke lenger en Lars. Logopeden sier i denne forbindelsen:

*Det kan ta mye lengre tid også, så jeg føler vel at det er jo innenfor normale grenser, men jeg tenker at jeg så kanskje at jeg skulle gått litt kjappere fram da, enn hva jeg gjorde i forhold til forskjellige ting du kan gjøre i programmet, om man sier sånn, at jeg kanskje sto og dvelte. Det er noe med at man kanskje ikke tør å bare fortsette. Man tenker at man skal være sikker på dette først og at man er litt forsiktig da, men det er jo ikke noe som har hatt en negativ effekt da. det er bare det at jeg tenker at muligens hvis man hadde tatt ting litt kjappere, så kanskje også det hadde gått litt fortere ned da.*

Jeg tolker logopeden som at hun mener at behandlingens lengden i dette tilfelle ble påvirket av at hun som logoped manglet erfaring og at hun derfor var for usikker til å gå framover i takt med barnets progresjon. Dette samsvarer med Harrison og Onslow (2010) sin idé om at logopeder kanskje trenger erfaring med et visst antall behandlingstilfeller før et ”referansepunkt” kan nås. En sammenligning som kan anses som interessant i denne forbindelsen er Lattermann et al. (2008) sin utregning av gjennomsnittlig behandlingstid for tyske barn. Det som gjør sammenligningen interessant er funnene som viser at mange av foreldrene i undersøkelsen synes det var vanskelig å begynne med de positive tilbakemeldingene på stammefri fordi de følte unaturlig. Som en konsekvens av dette mente Lattermann et al. (2008) at logopedene og foreldrene brukte lengre tid på implementeringen av programmet. I denne forbindelsen forteller moren til Siri:

*Jeg skulle gi tilbakemeldinger på når det var fin flyt og så skulle jeg tilbakemeldinger når det var hopp: ”oj, der hoppa du”, og jeg fikk jo forskjellige ting jeg kunne si da, og tenkte: ”det er jo greit”, men for meg så ble det veldig unaturlig å si det. Det på en måte var ikke en del av. Jeg måtte på en måte ta meg litt: ”åh, hva skal jeg si nå?” Og*

*det tror jeg hun merket, for hun ble litt på en måte sint: "åh, ikke mas om det igjen nå" liksom, og hun reagerte.*

Moren til Siri forteller at det ble en utfordring både for henne og for barnet. Denne utfordringen ble løst i dialog med logopeden. Dette er en av de nøkkelfaktorene som foreldrene i Hayhow (2008) sin studie identifiserer i en "enkel prosess". Moren til Siri forteller at både hun og barnet trengte tid til å venne seg til bruken av de verbale tilbakemeldingene. Sammen med logopeden ble de enige om roe ned tilbakemeldingene, for deretter å trappe opp igjen når de hadde vent seg til bruken av dem. Moren til Siri beskriver det slik:

*Og da ble vi enige om at da gjorde jeg ikke noe mer. Så var vi vel her et par ganger igjen, og snakka litt her om at mamma skulle gjøre det hjemme og sånn, og etter hvert så skled det over. Da var det greit, men det tok sin tid, men tror at både for henne og for meg.*

Dette har antageligvis også krevd ekstra tid i implementering av programmet. Informantenes opplevelse av verbale tilbakemeldinger som en utfordring i implementeringen av Lidcombe-programmet skal jeg komme nærmere tilbake til litt senere i dette kapitlet.

Foreldrene til Lars fant sine egne måter å implementere prosedyrene på, noe Hayhow (2008) også utpeker som en faktor i en "enkel prosess". Logopeden til Lars sier dette:

*I dette tilfelle så var det jo faktisk mor selv, før vi hadde kommet så langt som til å snakke om ustrukturerte situasjoner, så sa hun: vet du hva, jeg føler at jeg kan gi han litt ros for eksempel hvis vi er på kjøkkenet og lager mat eller hvis vi sitter i bilen og snakker om ting. Så sa jeg: Ja, nå er du noen hakk foran meg. Så hun "suset" dette på en måte av seg selv hun og da tenker jeg at det har nok vært utslagsgivende for at det gikk så bra. At hun fort fikk en forståelse av hva dette gikk ut på.*

Logopeden forteller at foreldrene ikke bare fant sine egne måter å implementere prosedyrene på, men at de også integrerte behandlingsprosedyrene i hverdagslivet. På denne måten virker det som det ble en naturlig overgang for mor, å gå fra strukturerte situasjoner til mer ustrukturerte situasjoner. Moren til Lars forteller dette:

*Det er jo noen ganger du er på ting så ikke du får satt deg ned og øvd. Da prøver du å ha en dialog hvor du liksom: Dette er den tiden du på en måte har øvelse, men du sitter ikke med bok eller sånn som du jobber når du har øvelse hjemme vanligvis.*

Både foreldrene og barnet så ut til å ha glede av behandlingstiden sammen. Moren til Lars og logopeden forteller at Lars var veldig motivert for de daglige øktene de hadde sammen. Moren sier derimot ingenting direkte om hva hun selv synes om behandlingstiden sammen med Lars, men hun forteller ved flere anledninger at hun var veldig fornøyd med behandlingen generelt. Moren til Siri på sin side forteller dette:

*Det var veldig fint det her vi begynte med da. Vi fant ut at, for å få henne til å prate så måtte vi da ha en eller annen aktivitet, så da var spill veldig greit. For hvis hun skulle sitte med lego, så kunne hun ha sittet ti minutter uten å si noe. Da bygger hun bare, men spiller vi så blir det mer prat, og da var det en veldig sånn hyggelig stund vi hadde hver eneste kveld og det var etter hvert så var det vane for henne også.*

Jeg tolker mor som at hun opplevde at både Siri og de som foreldre hadde glede av å tilbringe mer tid sammen.

Hayhow (2008) identifiserte at i noen av tilfellene i denne gruppen begynte barna gradvis å ta mer ansvar for talen selv. Logopeden forteller at Lars etter hvert begynte å kommentere sin egen stammefrie tale. Det vitner om at det var en gradvis endring i fra at foreldrene tok ansvaret for behandlingen til at barnet tok mer ansvar:

*Han minnet jo moren på at de måtte trene. Man var åpen på det til slutt at: "Nå skal vi trene". Det ble en helt naturlig del da. Så begynte han å sette ord på det: "Jeg stammet ikke så mye der". Han sa det selv da ikke sant.*

Siri begynte også å kommentere sin egen stamming etter hvert. Logopeden forteller:

*Og barnet har blitt mye mer språklig bevisst og kan sitte og liksom tegne og sånn: Hørte du, der hoppet det litt. Det gjør ikke noe. Så fortsetter det å tegne liksom.*

Onslow (2003b) påpeker at selv om spontan selvevaluering av stammefri tale eller stamming ikke en nødvendig del av programmet, så er det responser som logopedene gjerne ønsker å se. Dette handler om bevisstgjøring. Det skal jeg komme nærmere tilbake senere.

## 4.4 utfordringer i Lidcombe-programmet

Da jeg spurte informantene om Lidcombe-programmet har noen svakheter kom det frem at ingen av informantene opplevde at Lidcombe-programmet hadde noen direkte svakheter, men at det derimot var mange utfordringer tilknyttet programmet. De mest sentrale utfordringene som gikk igjen hos informantene har jeg delt inn i fire kategorier: Tid og organisering, verbale tilbakemeldinger, forhold ved barnets stamming, og kulturelle og språklige forskjeller.

### 4.4.1 Tid og organisering

Behandlingen i Lidcombe-programmet krever tid. Foreldrene skal utføre lekeaktivitetene sammen med barnet hver dag, de skal gjøre daglige vurderinger av barnets stamming og de skal møte logopedén én gang i uken (Onslow et al., 2001). Nyere undersøkelser viser at den intensive behandlingen i stadium 1 i gjennomsnitt varer mellom 13 og 17 uker (Lattermann et al., 2008; Miller & Guitar, 2009). Mange foreldre rapporterer om at det kan være vanskelig å finne tid til den praktiske utføringen av behandlingen i en ellers travel hverdag som inneholder mange aktiviteter tilknyttet jobb eller også flere barn (Hansen & Herland, 2003; Goodhue, et al. 2010; Harrison & Onslow, 2010). Moren til Siri forteller at hun var i en privilegert situasjon fordi hun hadde svangerskapspermisjon under første del av behandlingen. Dermed hadde hun mer tid, og var mer fleksibel enn hun hadde vært om hun hadde vært i jobb. Hun sier videre at hun tenker seg at det kunne ha fortont seg annerledes om hun hadde vært i jobb under denne perioden, spesielt i forhold til de ukentlige møtene med logopedén:

*Selv om jeg nå jobber åtti prosent bare, så, du har flere barn. og du skal hente i barnehagen, du skal hjem og lage mat og ja da måtte jeg kanskje fått noe mer fri på jobben, med eller uten lønn eller hva det nå blir. For det skal ikke bli noe stress heller.*

Moren til Lars var i motsetning til Siris mor i full jobb da behandlingen i Lidcombe-programmet ble gjennomført. I tillegg hadde Lars en storesøster som også bodde mesteparten av tiden hjemme hos mor. Hun forteller at hun fikk velferdspermisjon fra jobben for å møte logopedén en gang i uken. Logopedén til Lars forteller at hun opplevde at foreldrene hadde et så sterkt ønske om å få hjelp at de tok tid til å gjennomføre behandlingen. Hun sier:

*Ja, de synes jo det var ofte, men de sa: "Vi går for dette" Så de var innstilt på det, men det er klart det er tidkrevende og særlig i forhold til de som er i full jobb og så*

*skal hente i barnehagen og komme hit, men de synes jo det var verdt det, og verdt å prøve det. Og de gjennomførte faktisk.*

Logopeden til Siri og Marie forteller at situasjonene til begge mødrene har vært gunstige i forhold til implementeringen av behandlingen i Lidcombe-programmet, i og med at ingen av dem var i jobb under denne perioden. Logopeden opplever også at det kan virke som foreldrenes forhold til tidsaspektet ved behandlingen varierer litt i forhold til hvor prekært de opplever at det er for barnet å få hjelp:

*...det er klart når barnet har mye stamming og de har mulighet, sånn tidmessig så har det vært interessant uansett, men så merker jeg på den ene nå, som nesten ikke har noen stamming. Da blir det med en gang litt mer påtagelig at de må komme hit en gang i uken da, men det er jo veldig positivt da at de merker det.*

I Siri sitt tilfelle gikk moren i tillegg ut av permisjon og inn i en 80 % arbeidsstilling mot slutten av behandlingsperioden i stadium 1. Webber og Onslow (2003) skriver at det kan være veldig problematisk om foreldrene slutter å komme til logopeden etter stadium 1 fordi mange barn får tilbakefall etter endt behandling. Logopeden må forsikre seg om at foreldrene ikke dropper stadium 2 av behandlingen. Dette ble en utfordring for logoped A. Hun forteller at Lars var to måneder i stadium 2 før de avsluttet behandlingen helt. Yairi og Ambrose (2005) skriver at det må være fravær av stamming hos barnet i minimum 12 måneder før man kan betegne barnets stamming som bedret. Dette betyr at barnet ideelt sett bør være i andre stadium av behandlingen i ett år, minus tre uker fra første stadium (Webber & Onslow, 2003), før behandlingen avsluttes. Logopeden sier:

*Nei, han stammer ikke mer, men jeg føler ikke at jeg egentlig kanskje fulgte programmet helt da. Det ble kanskje en litt raskere avslutning enn det man egentlig bør ha da, men det var litt omstendighetene også, at han gikk over til skolen.*

I tillegg sier logopeden at foreldrenes motivasjon var sentral i avgjørelsen om å avslutte oppfølgingen:

*Ja, også når foreldrene var så klare på det også så hadde det ikke vært noe poeng i at jeg sa: jo dere må komme. Så blir det tvang og da kan det jo fort bli noe ubehagelig i forhold til det da.*

Jeg tolker dette som at det kan være vanskelig å opprettholde overvåkingen i stadium 2 av behandlingen etter press fra foreldrene. Dette er med på å underbygge antagelsen om at foreldrene opplever tidsaspektet i Lidcombe-programmet som mer påtagelig når stammingen minsker. Det ser ikke ut som logopeden til Lars er alene om å avslutte behandlingen i Lidcombe-programmet for tidlig. Over halvparten av logopedene i Rousseau et al. (2002) sin undersøkelse oppga at de brukte Lidcombe-programmet ufullstendig i forhold til hvordan det er ment å brukes. En av faktorene som gikk igjen var at behandlingen ble avsluttet etter stadium 1.

Utfordringene rundt tid slik mødrene i denne undersøkelsen opplevde det ser først og fremst ut til å dreie seg om å rydde tid til de ukentlige møtene med logopeden. Dette blir spesielt knyttet opp mot arbeid. Det fremgår at mødrene derimot opplevde de daglige øktene som noe utelukkende positivt. Som vi har sett ovenfor så det ut til at både mødrene og barna hadde glede av den daglige behandlingstiden de hadde sammen. Logopeden til Siri forteller:

*Det har jeg egentlig positiv tilbakemelding med, at de sitter hjemme da i de ti minuttene eller kvarteret, eller tjue minuttene, at de har opplevd det som veldig positivt, veldig koselig.*

Logopeden til Lars påpeker at familieforhold og familiestrukturer påvirker muligheten for gjennomføringen av Lidcombe-programmet rent organisatorisk:

*...det krever at foreldrene kan sette av tiden og at de har overskudd til å gjennomføre og ta i mot veiledning. Og særlig der hvor foreldrene er skilt eller ikke bor sammen, også blir det en sånn organisasjonsmessig sak. Hvordan få gjennomført det?*

Harrison og Onslow (2010) skriver at de spesielle utfordringene som er knyttet til den praktiske gjennomføringen av behandlingen i skilte familier fint kan la seg løse ved god kommunikasjon mellom foreldrene. Helt konkret kan dette løses ved at begge foreldrene mottar opplæring i behandlingen. Moren til Lars forteller at foreldrene var skilt og hadde to barn sammen. Lars bodde hjemme hos mor i ukene og hos far i helgene. Logopeden beskriver at de klarte å løse de organisatoriske utfordringene slik:

*Han var tilstede en del ganger sånn at han fikk tenkningen inn og jeg tror at han kanskje tok med seg den tenkningen i sin kommunikasjon med barnet da. Det der å være positiv og se at han skulle lage rom for de gode kommunikasjonsituasjonene, så*

*det tror jeg faktisk ble veldig positivt, men det er klart vi måtte jo også bare innrømme eller bare bli enige om at jaja, når han er hos far og mor ikke er der om vi kunne se det an da, om det var greit at han tok pause de dagene, og det så jo da ut som at det gikk greit.*

Harrison og Onslow (2010) understreker at slike løsninger forutsetter god kommunikasjon mellom foreldrene.

#### **4.4.2 Verbale tilbakemeldinger**

Det er de verbale tilbakemeldingene i form av ros og korrigerende som utgjør den fundamentale behandlingskomponenten i Lidcombe-programmet (Onslow et al., 2001; Onslow, 2003b). Det er også i forhold til denne komponenten at det så ut til å dukke opp flest utfordringer i implementeringen av behandlingen. Informantene rapporterer om at de verbale tilbakemeldingene først og fremst kunne oppleves som unaturlige for foreldrene. I tillegg reagerte barnet negativt på tilbakemeldingene i et av tilfellene. Det kunne også være vanskelig for foreldrene å huske på de verbale tilbakemeldingene.

Logoped B forteller at den første utfordringen som dukket opp under implementeringen av behandlingen til Siri var knyttet til de verbale tilbakemeldingene. Det som var uventet var at dette først og fremst var i forhold til ros av stammefri tale. Logopeden sier:

*...det var en av de første utfordringene jeg støtte på, som jeg kanskje ikke hadde tenkt så mye på. Jeg tenkte mer at det skulle bli en utfordring det at man kommenterte på at det hopper eller at man sier noe om det, men det som var utfordringen det var jo de positive. Det å begynne å si noe om det i det hele tatt. Det å begynne å kommentere hvordan de snakker. Det kan oppleves veldig unaturlig for barnet. Så det var jo utfordringen som jeg ikke helt hadde forventet. Jeg tenkte at jaja, men positiv tilbakemelding, det må jo alltid oppleves positivt, men det handler jo om hvordan du sier det da.*

Moren til Siri forteller at det ikke var de verbale tilbakemeldingene i seg selv som var problematiske fordi Siri ikke reagerte på dem så lenge de var på logopedens kontor og det var logopeden som brukte dem. Det var når moren skulle bruke dem utenfor logopedens kontor at det oppsto problemer:



*Jeg husker første gangen hun var her så, så gjorde logopeden det først, og det hørtes jo veldig enkelt ut: "Ja, nå hoppa du på ord. Oj, nei, men nå hoppa du igjen" Litt sånn: "nei, så fin tale du hadde nå da" og liksom masse sånne kommentarer. Jeg tenkte: "Det her er jo greit". Det var ikke så greit når du kom hjem.*

Moren forteller at kombinasjonen mellom at det ikke føltes naturlig for henne å bruke de verbale tilbakemeldingene, og at de ikke tidligere hadde snakket om stammingen hjemme gjorde at Siri reagerte negativt på tilbakemeldingene. Dette ser ikke ut til å være unikt for Siri og hennes foreldre. Vi har sett at foreldrene i Lattermann et al. (2008) sin studie rapporterte om at det samme. I Hansen og Herland (2003) og Goodhue et al. (2010) sine undersøkelser viste også en del av barna negative reaksjoner på de verbale tilbakemeldingene. I Hansen og Herland (2003) sin undersøkelse var dette spesielt tilknyttet verbale tilbakemeldinger på stammingen, mens mødrene i Goodhue et al. (2010) sin studie fortalte at dette gjaldt det å få feedback på talen generelt. Flere av barna viste at de ikke likte å stadig få tilbakemeldinger på talen. Logoped B forteller at denne utfordringen dukket opp i implementeringen av behandlingen til både Siri og Marie. Det var en prosess som både mor og barn måtte gjennom for å venne seg til verbale tilbakemeldingene. Moren til Siri forklarer det slik:

*Vi trengte litt tid på å komme inn i det. Hun trengte tid på å venne seg til at jeg kommenterte det, og jeg trengte tid til at det ble naturlig for meg at jeg kommenterte sånne ting.*

Logoped B antyder at i det tillegg til at Siri og foreldrene måtte venne seg til de verbale tilbakemeldingene kan hende at tilbakemeldingene ble brukt feil i begynnelsen av implementeringen:

*De kan være veldig ivrige foreldrene som: "åh dette, nå tester vi ut her og så spennende" Og så har ikke jeg vært klar nok på det her med at ikke, på hvor ofte det skal skje og sånn. Jeg har kanskje ikke poengtert godt nok at det her må skje veldig begrenset, og så har de testet ut hjemme og så har det skjedd litt for ofte, positive tilbakemeldinger da. Så for de høre: "slutt å si sånn da, der var du flink!" Det blir en sånn negativ, da mister det hele sin hensikt da, med å gi en positiv tilbakemelding, hvis ikke den tas positivt.*

Onslow (2003b) påpeker at verbale tilbakemeldinger i for stor utstrekning, kan føre til at behandlingen blir konstant, intensiv og påtrengende. I tillegg kan enkelte barn være spesielt

sensitive i forhold til stammingen. Det er viktig at foreldrene får all informasjon de trenger for å få en grundig forståelse for behandlingen, samtidig som logopeden skal sjekke at foreldrene kan det de skal gjøre (Harrison et al., 2003). Logoped B understreker at hun tar på seg ansvaret for at de verbale tilbakemeldingene kan ha bli utført feil av foreldrene, gjennom at foreldrene kanskje ikke fikk grundig nok informasjon om hvordan de skulle gjennomføres hjemme. I denne sammenhengen sier moren til Siri:

*Det gikk seg til, men jeg tror at en kanskje skal informere når de starter på sånne program om at det er ikke enkelt. Det høres veldig enkelt ut.*

Moren til Siri forteller også at Siri og Siris far måtte gjennom samme prosess som de hadde vært gjennom i mindre utstrakt grad når far skulle begynne å bruke de verbale tilbakemeldingene i de ustrukturerte settingene. Behandlingen i de ustrukturerte settingene kan nemlig gjerne utføres av begge foreldrene eller andre sentrale personer i barnets liv (Onslow, 2003b). Logopeden til Siri forteller at hun opplevde det å involvere faren i behandlingen som en utfordring fordi han ikke hadde deltatt i den omfattende prosessen.

Logoped A forteller også at moren til Lars trengte tid til å venne seg til de verbale tilbakemeldingene:

*Den første eller de to første gangene, når hun skjønnte at hun skulle gi disse tilbakemeldingene, som virker litt kunstig da, ikke sant. De gjør jo det, når man begynner å bruke dem. Plutselig så skal de gi ros og gi de tilbakemeldingene, formuleringene, som blir litt sånn at man skrur på en bryter. I begynnelsen så virker det kanskje ikke så spontant fordi man legger de inn bevisst i den situasjonen og da kan det virke litt kunstig.*

For moren til Lars gikk denne prosessen raskere, men hun forteller at hun i begynnelsen var litt usikker på hvordan hun skulle formulere seg:

*Man var kanskje ikke så flink til å bruke de rette ordene sånn som hun brukte.*

Både moren og logopeden forteller at de opplevde det som at Lars ikke hadde noen sterke reaksjoner på de verbale tilbakemeldingene, hverken negative eller positive.

Onslow et al. (2001) påpeker viktigheten av at foreldrene fortsetter å rette oppmerksomheten mot barnets tale og korrigerer stamming om det er nødvendig etter at barnets stamming har

bedret seg såpass at stadium 1 kan avsluttes. Det er med andre ord viktig at foreldrene ikke glemmer behandlingen i denne perioden (Webber & Onslow, 2003). Harrison et al. (2003) identifiserer det å glemme å bruke de verbale tilbakemeldingene som en utfordring som kan hemme progresjonen i programmet. Moren til Siri forteller at det kan være vanskelig å huske på de verbale tilbakemeldingene når behandlingen beveger seg fra strukturerte til ustrukturerte settinger:

*...etter hvert så skulle de liksom skli over i hverdagssituasjoner, og det er ikke alltid du er like flink. Du glemmer det på en måte. Så det ble jo en del av daglig, det daglige, så det egentlig var meg som måtte minne meg selv på at nå må jeg huske det.*

Samtidig forteller moren til Siri at det var vanskelig å huske på de verbale tilbakemeldingene når stammingen til Siri ble betydelig bedret:

*...en annen ting som var vanskelig det var etter hvert, sånn som når hun da skled over og flyten var mye bedre, så skulle vi ikke stoppe opp. Da skulle vi jo rose. Det var vanskelig å huske å rose. Det er vanskelig å huske å kommentere hopping. For når du da hører det husker du det, men når det flyter veldig jevnt en dag, så kunne jeg liksom: "oj, nå er det kanskje to dager siden jeg har sagt noe".*

#### **4.4.3 Forhold ved barnets stamming**

Harrison et al. (2003) har identifisert forhold ved barnet som en typisk utfordring som kan påvirke progresjonen i Lidcombe-programmet. Som jeg har vært inne på kan slike forhold innebære at barnet er ekstra sensitivt for kommentarer på stammingen. I tillegg peker informantene ut tre forhold direkte knyttet til barnets taleatferd som har vært en utfordring for implementeringen og gjennomføringen av behandlingen: barnet viser ingen stamming, barnets stamming varierer og barnet viser ingen stammefri tale.

Som jeg var inne på i forrige avsnitt opplevde moren til Siri det som vanskelig å huske på de verbale tilbakemeldingene når Siris stamming ble bedre. Logoped B påpeker at det er en utfordring å skulle kommentere taleatferden til barnet, når barnet ikke stammer, både for foreldrene og for logopeden. Logopeden sier at samtidig som det er vanskelig for foreldrene å huske de verbale tilbakemeldingene, så er det en utfordring for logopeden å minne foreldrene på å kommentere barnets taleflyt også i perioder der barnet ikke har stamming. Fordi det hele tiden er logopeden som skal vise fram de ulike teknikkene slik at foreldrene deretter kan

bruke dem og få tilbakemeldinger fra logopeden, er det viktig at logopeden får mulighet til å demonstrere de ulike teknikkene når de møtes (Onslow, 2003b). Logopeden forteller at det er en utfordring å skulle kommentere barnets stamming når barnet kanskje ikke stammer når det er på logopedens kontor:

*...men nå er jo utfordringen å vise de tilbakemeldingene når det ikke er noe stamming da. Hvordan gjør du da? For nå sitter vi her en time og så er det ingenting. Barnet stammer jo ikke.*

Hun understreker at logopeden da må forsøke å finne løsninger som kan skape situasjoner der barnet viser både taleflyt og stamming, slik at logopeden får demonstrert teknikkene for foreldrene. Denne utfordringen kan også ses i sammenheng med at barnets stamming kan variere, både periodevis og i ulike sammenhenger (Guitar, 2006). Begge mødrene i denne undersøkelsen forteller at stammingen til barna deres varierte veldig, spesielt periodevis. Moren til Siri forteller:

*For det var da hun strevde. Det året der. Fra hun var tre og ett halvt til fire og ett halvt. Så hadde hun gode perioder, så hadde hun dårlige perioder, gode perioder og dårlige perioder. Og så trodde du da, nå har vi en god periode, og så var det plutselig bare over natta, så var det på'n igjen.*

Moren til Lars forteller også at Lars sin stamming gikk opp og ned i perioder:

*Ja, enkelte ganger så var det veldig ille, mens andre ganger så gikk det bedre.*

Logoped B forteller at det i Maries tilfelle har vært så mye stamming at hun ikke har klart å gjennomføre behandlingen i Lidcombe-programmet for henne. Dette er en av utfordringene som ble trukket fram av logopedene i Rousseau et al. (2002) sin undersøkelse som forhold ved barnet som kan hindre progresjonen i behandlingen. Logoped B påpeker at et program inneholder en del elementer som må følges for at man skal kunne gjennomføre behandlingen. De mest sentrale komponentene i Lidcombe-programmet er målinger og verbale tilbakemeldinger (Onslow, 2003a). Målingene benyttes gjennom hele behandlingsprosessen, men i første omgang brukes de for å kartlegge omfanget av stammingen og for å spesifisere behandlingsmål. Det er spesielt målingene som måler prosentandel av stammede stavelser og skalavurderingen av alvorlighetsgraden av stammingen som er essensielle i Lidcombe-programmet (Lincoln & Packman, 2003). Logopeden plasserer Maries stamming rundt ni-ti

på skalavurderingen. I tråd med at % SS målingen baserer seg på 300 stavelser (Onslow et al. 2001) og fordi Marie hadde så mye blokkeringer opplevde logopeden det som umulig å telle stavelser i løpet av den timen Marie var hos logopeden:

*...barnet har hatt så mye blokkeringer at hvis jeg skulle telt de stavelsene, for hvis du har katt da, da er den en stavelse og så hvis du da skulle gjort det, for det er en time de er her da cirka, da hadde ikke jeg kommet mer enn til, det er jo bare noen få ord da kanskje på den timen og alle ord er det store blokkeringer på.*

I tillegg forteller logopeden at det ble vanskelig å benytte seg av de verbale tilbakemeldingene slik de skal brukes. I Lidcombe-programmet anses kommentarer på stammefri tale som den viktigste tilbakemeldingen, og foreldrene skal understreke stammefri tale minst fem ganger mer enn stamming (Onslow, 2003b). Hvordan lar det seg gjennomføre når barnet ikke viser stammefri tale? Logopeden sier:

*Det som har vært en veldig utfordring med et barn er det at, for du skal jo gi positiv tilbakemelding på når de har flyt da, så har jeg hatt et barn som ikke har hatt noe flyt, som har hatt stamming på hvert ord eller store blokkeringer og ikke fått ut noen ord. Det har jeg nesten aldri vært borte i før. Nå har ikke jeg jobbet så veldig mye da, men jeg har aldri vært borte i noen som, for det er klart for å gi den positive tilbakemeldingen så må det være et ord.*

Logopeden forteller at hun må jobbe for å skape noe taleflyt, gjennom andre metoder, før hun eventuelt kan sette i gang å bruke Lidcombe-programmet som behandling for Marie slik det skal brukes. Kanskje dette også kan være en av grunnene til at så mange av logopedene i Rousseau et al. (2002) sin undersøkelse oppga at de bare brukte deler av Lidcombe-programmet, eller behandlingen i Lidcombe-programmet i kombinasjon med andre behandlingstilnærminger.

#### **4.4.4 Kulturelle og språklige forskjeller**

Lidcombe-programmet ble utviklet i Australia, av australske forskere og klinikere, og for australske barn (The Australian stuttering research centre, 2009). Det har blitt påpekt at programmet kanskje ikke lar seg tilpasse så lett til andre land utenfor Australia (Packman, 2003). Etter hvert har programmet spredd seg til andre deler av verden, og det er gjort undersøkelser som viser god effekt av programmet også i Tyskland og USA (Lattermann et

al., 2008; Miller & Guitar, 2009). I Skandinavia har det blitt reist spørsmål om programmet kan passe inn i det skandinaviske tenkesettet (Laulund, 2002; Felby, 2006). Logopedene forteller at de ikke opplever ideene bak Lidcombe-programmet som uforenelige med den norske tenkemåten, men at det ligger en del utfordringer i forhold til kulturelle og språklige forskjeller i implementeringen av programmet.

Logopedene forteller at det på sertifiseringskurset ble drøftet en del rundt tilpasning av Lidcombe-programmet til norske familiestrukturer og hverdagsforhold. Fordi Lidcombe-instruktørene på kurset var engelske ble dette diskutert i sammenheng med engelske forhold. Logoped A sier dette:

*Disse kommer jo fra England og behandlet i England. De sa jo at de fleste mødre eller veldig mange mødre er hjemme med barna sine, så det er veldig naturlig at mødre gjennomfører programmet da, så kom vi til det at her i Norge er det jo veldig mange som skilles og at de er litt sånn halvparten hos mor og halvparten hos far, og hvordan gjennomføre det da? Det hadde de ikke noe fasitsvar på. Vi drøftet litt åpent at kanskje det må gå an å prøve ut, at man må tilpasse det kulturelt da for å kunne gjennomføre det, men det var nok noe som vi tenkte at det ville kanskje være problematisk da.*

I tillegg til at mange foreldre i Norge er skilt er ofte begge foreldrene i småbarnsfamilier i full jobb. Dette var tilfelle for Lars og hans foreldre. På spørsmål om dette ble en utfordring for dem svarer logopeden:

*Nei, fordi vi klarte faktisk å tilpasse det.*

Logopeden forteller at de løste dette ved at mor hadde hovedansvaret for behandlingen, men at far fikk være med en del ganger for å adoptere tenkemåten i programmet. I tillegg måtte de ta en avgjørelse på at Lars fikk en ”pause” fra de strukturerte øktene når han var hos far. Moren til Lars forteller også at faren innimellom var med Lars til mor for å få gjennomført øktene. Moren til Lars forteller at hun i tillegg fikk velferdspermisjon fra jobben slik at hun og Lars skulle kunne møte logopeden en gang i uka.

Logoped B anerkjenner samme problemstilling, og understreker at programmet må kunne tilpasses etter de forholdene de skal brukes i. Hun påpeker at det kanskje må inn andre personer i gjennomføringen av behandlingen i enkelte tilfeller:

*Det hadde vært et alternativ da muligens, for i og med at barnet er så lenge i barnehagen da, så oppholder jo barnet seg største delen egentlig i barnehagen, så derfor tenker jeg at det hadde jo vært noe man kunne testet ut. Sett om man kunne hatt veiledning en gang i uken sammen med en tett i barnehagen eller en som er tett knyttet til barnet i barnehagen, i samsvar med foreldrene da.*

Logoped A stiller seg skeptisk til dette som et reelt alternativ:

*...jeg tenker at jeg tror foreldre har jo en veldig stor innflytelse på barna sine og i forhold til å gi sånne gode tilbakemeldinger og at barnet tar det veldig til seg og blir stolt av det ikke sant, særlig når det er foreldre som roser. Og jeg tenker, for meg så blir det litt rart da at ikke det skal være noe fokus på det i hjemmet, men det skal for eksempel være i barnehagen.*

Logopedens synspunkt samsvarer med et av hovedargumentene for at det er foreldrene som skal behandle barna sine i Lidcombe-programmet. Felby (2006) skriver at det er basert på at det er foreldrene som kjenner barnet sitt best og som har den næreste relasjonen til barnet.

Logoped A stiller også spørsmål til om det er gjennomførbart:

*Jeg tenker i hvert fall når man kommer over i fase to, og når man begynner å bruke mer ustrukturerte settinger, så tenker jeg i en sånn travel barnehagehverdag med mange barn tilstede, også skal en assistent eller førskolelærer gi tilbakemeldinger i de settingene, at det kan kanskje være litt vanskelig, men det kan godt hende at det kunne funke noen steder.*

Dette er i tråd med Harrison og Onslow (2010) sin erfaring med at barnehagepersonell sjelden har mulighet til å fylle behandlerrollen på grunn av tidsbegrensinger i barnehagehverdagen.

Logoped A trekker fram at en annen utfordring som ble diskutert på kurset var hvordan de verbale tilbakemeldingene skulle oversettes til norsk. Hun forteller at det ikke er gjort noe standardisert oversettelse av de engelske frasene som brukes som verbale tilbakemeldinger i programmet:

*Jeg måtte forberede meg skikkelig til hver gang og jeg måtte gå gjennom, fordi at de tilbakemeldingene er jo på engelsk, sånn i boka og i kurset så holdt de dette på engelsk. Det gikk vi også gjennom sammen: hvordan oversette dette til norsk? Når de*

*sier: "that was bumpy" for eksempel. Det er ikke noe tilsvarende egentlig på norsk da, så det var litt vanskelig, og det å ha variasjon i tilbakemeldingene, at ikke det blir liksom det samme du sitter og sier, så det blir mekanisk på en måte.*

Logoped B påpeker i den sammenhengen at hun mener det må være opp til hver enkelt å finne fraser som føles naturlig for personen å bruke. På den måten vil de verbale tilbakemeldingene oppleves som mer spontane.

Logoped B forteller om utfordringer i forhold til tospråklighet i Maries tilfelle. Hun forteller at mor benytter seg av sitt eget morsmål i kommunikasjonen med Marie hjemme, og at det ble uvant for både mor og Marie å snakke norsk sammen hos logopeden. Logopeden sier at hun opplever dette som en komplikasjon både i forhold til å kunne gi veiledning til mor, og ha kontroll over at mor utfører behandlingen riktig når mor gir tilbakemeldingene på et annet språk. I følge Bakhtiar og Packman (2009) skal ikke dette være problematisk selv om logopeden ikke snakker begge språkene. De påstår derimot at behandlingen i Lidcombe-programmet er godt egnet for tospråklige barn fordi programmet kan brukes på begge språk. Shenker og Wilding (2003) påpeker at det i slike tilfeller må gjøres en oversettelse av de verbale tilbakemeldingene i starten av implementeringen.

## **4.5 Fordeler med Lidcombe-programmet**

Alle informantene fortalte om positive erfaringer med utprøvingen av Lidcombe-programmet, og utpekte flere fordeler med behandlingen. Disse har jeg samlet inn under seks kategorier: positiv effekt på barnets taleflyt, positive "sideeffekter" for barnet, åpenhet rundt stammingen, bevisstgjøring hos foreldrene og barnet, tett oppfølging av logopeden og at behandlingen er tilpasset førskolebarn.

### **4.5.1 Positiv effekt på barnets taleflyt**

Flere studier viser positiv effekt på barnets taleflyt med behandlingen i Lidcombe-programmet (Harris, et al., 2002; Lattermann et al., 2008; Miller & Guitar, 2009). For både Siri og Lars hadde behandlingen positiv innvirkning på taleflyten, og begge oppnådde målet om eliminering av stamming i løpet av første stadium. Logopeden til Lars svarer kort og kontant: *"Han stammer ikke lenger"* på spørsmålet om hvilken effekt behandlingen hadde på barnets taleflyt. Som nevnt ovenfor fikk behandlingen av Lars en raskere avslutning enn det



som er anbefalt. Dette kan være med på å skade utfallet av behandlingen totalt sett (Webber & Onslow, 2003). Rousseau et al. (2002) påpeker i tillegg at dette kan være problematisk fordi det ikke er bevist at en fragmentert bruk av Lidcombe-programmet er effektivt. Når det er sagt så forteller logopeden til Lars at selv om den ”formelle” oppfølgingen under stadium 2 er avsluttet så holder hun og foreldrene fortsatt kontakt:

*...men så bestemte vi det nå sånn da at hun skulle ringe meg hvis det var behov, og vi har holdt telefonkontakt. Hun fortsatte på egenhånd og hun brukte dette i mer ustrukturerte settinger da. Når jeg snakket med henne før jul sa hun: det går så bra!, og nå når jeg snakket med henne i forbindelse med dette her, så sa hun: Nei, han stammer ikke mer.*

Moren til Lars sier dette:

*Nei, jeg synes bare det var veldig bra. Det hender jo jeg spør han: Du har ikke problemer med å snakke? Nei, han har ikke det.*

Behandlingens positive effekt på taleflyten til Lars ser ut til å ha blitt opprettholdt utover stadium 1 av behandlingen. Både moren til Siri og logopeden er litt mer tilbakeholdende når de beskriver hvilken effekt behandlingen har hatt på Siris stamming, men forteller begge at taleflyten hennes er mye bedre. Moren til Siri sier:

*For nå er hun veldig fin. Jeg hører veldig sjelden. Det kommer, det gjør det, innimellom, men det kan jo komme for oss også. Så det er kanskje mer naturlig.*

Logopeden forteller at stammingen er bedret såpass at de straks beveger seg inn i stadium 2. Dette antyder at behandlingen i hvert fall har hatt en positiv umiddelbar effekt:

*Ja, sytten-atten uker før barnet kom ned til, nei atten kanskje før barnet kom ned til nesten ikke noe stamming. Ja, som snart går da over i fase to ja. Det er jo viktig for meg at deres opplevelse av det er positiv da. Så det har jeg jo spurt om: Hva synes dere liksom? og de er jo kjempefornøyde, med at det har gått ned såpass og at det er stor forskjell, og det har jo jeg merket hele tiden.*

Vi har sett at spontanbedring er den største trusselen mot evidens for effekten av behandlingen i Lidcombe-programmet (Onslow et al., 2001; Yairi & Ambrose, 2005). Moren til Siri anerkjenner denne ”spontanbedringseffekten”:

*Jeg kan jo ikke si hva det er som har hjulpet. Om det bare er naturlig at det har sklidd over eller om det er det her som har hjulpet, men i alle fall, jeg var veldig glad for at vi fikk hjelp her og jeg føler vel kanskje at det har hjulpet.*

Moren til Lars sier:

*...det er kanskje veien å gå det altså, men nå kjenner jo ikke jeg andre behandlingsmetoder.*

Ingen av mødrene hadde preferanser til andre behandlingsmetoder, og hadde derfor heller ikke noe sammenligningsgrunnlag. Franken et al. (2005) har sammenlignet Lidcombe-programmet med behandling basert på forutsetnings- og forventningsteorien uten å finne noen effektforskjeller mellom de ulike behandlingene. Studien er på en annen side blitt kritisert for metodesvakheter (Harrison & Onslow, 2010). Moren til Lars legger til at hun ikke ville ”vente-å-se”, slik hun ble anbefalt av enkelte:

*For man vet jo ikke. For pp-tjenesten sa jo at det kom til å gå over, men det vet man jo ikke. Nei, jeg har vært veldig fornøyd.*

Det er vanskelig å forutse om Lars og Siri hadde opplevd bedring uten profesjonell hjelp eller behandling. Hovedkriteriet for å sette i gang behandlingen med Lidcombe-programmet er at barnet utvilsomt stammer, det vil si at stammingen skal ha vart i minst ett år. Dette er nettopp for å gi rom for spontanbedring (Harrison & Onslow, 2010). Det å ha stammet i relativt kort tid ser ut til å være en faktor som påvirker spontanbedring. Jo lengre tid det går, desto mindre blir sjansen for at barnet bedres spontant (Yairi & Ambrose, 2005). Både Lars og Siri hadde stammet i over ett år da behandlingen ble implementert. Det i tillegg identifisert noen faktorer som ser ut til å kunne predikere spontanbedring. Statistisk sett har Siri større mulighet for spontanbedring enn Lars på grunn av kjønn (Guitar, 2006). En annen sentral faktor er familiehistorie (Yairi & Ambrose, 2005). I denne undersøkelsen kommer det ikke fram om det er andre i familien til Lars, Marie eller Siri som stammer eller som har stammet. Dette hadde det vært interessant å vite noe om og jeg ser i ettertid at dette burde vært fulgt opp under intervjuene.

#### **4.5.2 Positive “sideeffekter” for barnet**

Som bemerket ovenfor kan enkelte barn vise negative reaksjoner på de verbale tilbakemeldingene i Lidcombe-programmet (Hansen & Herland, 2003; Goodhue et al., 2010), noe som også var tilfelle for Siri i denne undersøkelsen. Det har vært spekulert i om dette kan ha negative konsekvenser for barnet, i form av redusert selvbilde, motivasjon og/eller lysten til å snakke (Stewart, 1996; Hansen & Herland, 2003). Det er derimot ikke funnet noe støtte for slike antagelser i forskningslitteraturen (Woods et al., 2002; Hansen & Herland, 2003). Hverken mødrene eller logopedene forteller om registrerte negative konsekvenser av behandlingen i Lidcombe-programmet for barnet over tid. Alle rapporterer derimot om enkelte positive ”sideeffekter”. Logoped A sier dette om Lars:

*Det var noe som hadde løsnet hos ham. Han hadde blitt så verbal da. Han hadde utfoldet seg veldig språklig og hadde mindre stamming.*

Logopeden påpeker at det kan være en mulighet for at denne oppfattelsen av Lars kan forbindes med at hun og Lars ble bedre kjent med hverandre, men hun forteller også at hun fikk samme tilbakemelding fra foreldrene til Lars:

*...det inntrykket satt både foreldrene og jeg med, at barnet ble mye mer meddelsom. Han begynte å snakke mer, også her og det er klart det kan jo være det å bli kjent og sånn også. Foreldrene sa jo at de hadde vært på en ferie og han elsker å spille fotball. De hadde vært hos familie, så skulle han ut å spille fotball med onkelen sin. Da hadde han ikke tid til å spille fotball for han bare skravla, og de hadde aldri opplevd han så verbal før da, så det tenker jeg er en annen effekt av det, at den kommunikasjonsmessige delen av det. Det kan jo være en effekt av det at man ikke stammer også.*

Goodhue et al. (2010) rapporterer om at barnas selvtillit så ut til å øke når stammingen minsket. At Lars ble mer meddelsom og snakkesalig kan være en manifestasjon av det samme. Woods et al. (2002) fant ut at atferdsmarkører som angst, aggresjon, tilbaketrekning og depresjon heller så ut til å bli forbedret enn forverret hos barna etter behandlingen i Lidcombe-programmet. Logopeden forteller at Lars ikke viste store frustrasjoner rundt stammingen, men at det virket som han ofte trakk seg litt tilbake. Denne atferden så ut til å forbedre seg etter behandlingen.

Moren til Siri forteller om positive konsekvenser for Siris talespråk ved å gå til logoped. Hun sier dette:

*Det positive er vel egentlig at hun hadde enkelte bokstaver som var litt vanskelige, og da var hun jo fire og et halvt, og klart i og med at vi gikk her en gang i uka så kom det seg veldig raskt. Kanskje det hadde kommet seg uansett, men i og med at hun da gikk hos en logoped så fikk hun ordentlig r'r.*

Det kan være mange grunner til at Siri under denne perioden tilegnet seg riktig bruk av r-lyden. Det er funnet sammenheng mellom fonologiske evner og spontanbedring av stamming (Guitar, 2006). Det kan jo kanskje hende at Siri fikk økt språklig bevissthet generelt, og at dette hadde positiv innvirkning på uttalelsen av språklyden r. Dette blir spekulasjoner.

### **4.5.3 Åpenhet rundt stamming**

Det som karakteriserer direkte tilnæringsmetoder er at det gjøres åpne forsøk på lære barnet hvordan det skal endre stammeatferd (Shapiro, 1999). Logoped A utpeker programmets åpenhet rundt stamming som en av de klare fordelene med Lidcombe-programmet:

*...men jeg har liksom tro på denne metoden, for jeg liker den åpenheten. Jeg liker det at vi skal ikke gjemme noe her. Vi snakker åpent om det vi gjør. Det jeg gjør det skal jeg fortelle om ikke sant. Jeg skal gjøre sånn og sånn, og du skal gjøre sånn og sånn, og mamma skal gjøre sånn og sånn. Det er den åpenheten hele veien som jeg tror barn tilpasser seg så fort til da, bare de får forklaringer på ting, men man må være ærlig.*

Jeg tolker logopedens som at åpenheten innebærer det å være klar på hva som forventes av de ulike aktørene som er involvert i behandlingen. I tillegg så er man ærlig mot barnet om det som foregår hos logopedens. Logopedens sier også at åpenheten i programmet passer godt i arbeidet med barn:

*Jeg opplever at hvis jeg er åpen, så blir barna åpne på sin problematikk, og jeg har litt troen på at det hjelper dem til at når de møter andre mennesker som lurere, ja, men det er greit å snakke om dette her, for logopedens har i hvert fall ikke sittet å skulle gjemme og skjule noe her, men det er ok å snakke om. Jeg vet ikke jeg. Det er sikkert forskjellige innfallsvinkler. Jeg tenker selvfølgelig skal man være sensitiv i forhold til barnet da, sånn at hvis man merker at barn er hemmet og sånn, så må man jo ta hensyn til det.*

Sensitivitet ovenfor barnet oppfattes som viktig i Lidcombe-programmet, og enkelte ganger er det nødvendig å gå ekstra varsomt frem (Harrison et al., 2003).

I tillegg til at åpenhet er positivt med tanke på barnet påpeker logoped B også at det å være åpen i forhold til stammingen vil kunne hjelpe foreldrene å håndtere barnets stammeproblematikk. Det vil kanskje også skape et bedre samarbeid mellom alle partene som er involvert i behandlingen:

*Jeg tenker det er en prosess hos foreldrene også, med hvordan de skal forholde seg i det hele tatt også kanskje. Ikke bare sånn i forhold til Lidcombe, men jeg tenker med det i forhold til stamming, så kunne det ha en positiv effekt bare å være her og sitte sammen og snakke om det og være åpen om det. Man er jo veldig åpen overfor barnet også, uten å liksom snakke over barnets hode. Så snakker man jo sånn at barnet på en måte skal være med i det om man sier.*

Logopedene forteller at de verdsetter åpenhet i arbeidet med barn generelt, og at de har vært relativt åpne i sitt arbeid med førskolebarn som stammer tidligere også. Logoped B forteller:

*Jeg føler det er litt viktig at barnet, for ofte selv om de er ganske små så får man noen ganger inntrykk av at de vet godt om at de stammer og da synes ikke jeg at det er noe feil i å, det klart man må trå veldig forsiktig fram, men jeg tenker at man kan godt spørre dem eller snakke bitte litt om det for å se hvordan reaksjonen deres er. For noen bryr seg ikke så mye om det og noen synes jo at det er ganske vanskelig, og jeg synes det er litt viktig at hvis de vet om at de har denne stammingen, og de strever litt med det at de ikke får følelsen av at dette hører folk og det her vet jeg om at jeg har og jeg ser på mamma at hun ser at jeg gjør noe som jeg ikke burde og så er det ingen som sier noe om det. Jeg vil ikke at det skal være sånn her at, dette er noe man ikke snakker om og ufarliggjøre det litt da.*

Logopedens opplevelse av at mange barn, allerede i førskolealder, er bevisst sin egen stamming stemmer overens med Boey et al. (2009) sine funn. De fleste barna i deres undersøkelse så ut til å være klar over at de stammet, også i ung alder. Dette viste seg ofte ved at de enten sluttet å snakke eller forlot talesituasjonen. Informantenes beskrivelser av Siri og Lars kan indikere at barna var bevisst sin egen stamming før de kom til logopeden. Moren til Lars og logopeden forteller at Lars tilsynelatende ikke virket frustrert over stammingen, men at han ofte trakk seg litt tilbake. Om Siri sier logopeden at hun hadde begynt å kommentere

stammingen selv. Moren til Siri uttaler på den ene siden at hun ikke synes det virket som Siri brydde seg om stammingen selv. På den andre siden forteller hun dette:

*Jeg merket i barnehagen noen ganger, når jeg kom og leverte henne så kommer ungene springende og de er litt gira. Så skulle Siri fortelle et eller annet. Kanskje hva hun har gjort i helgen eller noe sånn, og begynte da å stamme. De andre barna begynte jo da å prate for henne. Og da var hun sint. Ja, det skulle de ikke.*

Moren til Siri forteller at de var usikre på om de skulle være åpne og snakke med Siri om stammingen eller ikke. De opplevde at de ikke fikk noen klare svar på hva de burde gjøre før de kom til Siris nåværende logoped. Derfor hadde de vært tilbakeholdende med å snakke åpent om stammingen med Siri. Moren forteller at Siris reaksjon på å snakke åpent om stammingen var positive, så lenge de var på logopedens kontor:

*Også begynte vi her, og så begynte vi så smått da å snakke. Vi snakket alltid når Siri var tilstede. Ja, vi hadde et par telefonsamtaler der hun ikke hørte på, men ellers så var vel stort sett hun tilstede, og da snakket vi om det her å hoppe på ord, og logopeden satt og telte ord, og trykket på den der, og det synes hun var kjempegøy og det var helt greit så lenge vi var her.*

Som jeg har vært inne på tidligere så var det derimot ikke like ukomplisert da de skulle snakke åpent om talen hjemme.

Bruk av åpenhet i behandlingen av stamming hos førskolebarn er ikke unikt for Lidcombe-programmet. I tilnærminger som baserer seg på forutsetnings- og forventningsteorien oppmuntres foreldrene også til å snakke åpent om stammingen (Guitar, 2003). Det som skiller Lidcombe-programmet fra denne tilnærmingen er at barnet gjøres oppmerksom på sin egen stamming og blir oppmuntret til å korrigere stammingen, samtidig som stammefri tale roses (Onslow, 2003b). I forutsetnings- og forventningsteorien derimot ligger det ingen forventninger til barnets taleprestasjoner, men det er i stedet foreldrene som skal være gode talemodeller for barnet (Guitar, 2003).

#### **4.5.4 Bevisstgjøring hos foreldrene og barnet**

Bevisstgjøring er et viktig redskap i Lidcombe-programmet. Barnet skal bevisstgjøres sin egen stammefrie tale og stamming. Dette skal gjøres av foreldrene gjennom at de anerkjenner

begge responsene når de inntreffer. Det er denne bevisstgjøringen som introduserer barnet for prosedyrene i programmet (Onslow, 2003b). Hvis det er slik at barn allerede er bevisst sin egen stamming (Boey et al., 2009), så kan denne ”bevisstgjøringsfasen” kanskje fungere som en måte å anerkjenne og sette ord på barnets stamming og stammefrie tale. Dette går hånd i hånd med åpenhet rundt stammingen. Logoped A sier at det kan være nyttig for førskolebarn å hjelpe dem å sette ord på stammingen.

Fordi det er foreldrene som behandler sine egne barn må bevisstgjøringsprosessen i Lidcombe-programmet starte med foreldrene. Det er logopedens ansvar å lære foreldrene hvordan behandlingen skal utføres. I tillegg må logopeden forsikre seg om at foreldrene tilegner seg en forståelse for hva de skal gjøre og hvorfor de skal gjøre det (Harrison et al., 2003). Noen foreldre kan føle angst og skyld over at barnet stammer på grunn av tidligere teorier om at hjemmemiljøet var årsaken til barnets stamming (Yairi & Ambrose, 2005; Guitar, 2003). Logoped A forteller at det kunne virke som moren til Lars opplevde skyld over at Lars stammet:

*I de første møtene med mor sånn i veiledningssituasjon, så følte jeg, men nå blir det litt sånn synsing, men jeg følte at hun synes det var veldig problematisk at gutten hennes stammet. Og jeg husker det første møtet vi hadde med barnehagen så spurte de, fordi det er veldig lite kunnskap om taleflytvansker og veldig mange forestillinger om årsaker, og da spurte de og det var hun vel inne på litt selv, men de lurte på om man liksom kunne begynne å stamme av hvis foreldre hadde skilt seg og at det var ting som skjedde.*

Logopeden forteller videre at hun begynte med å bevisstgjøre foreldrene ved å sørge for at de fikk nødvendig informasjon og veiledning. Dette så ut til å redusere morens opplevelse av skyld:

*...og så fikk jeg liksom sagt det at det er det ikke noe som tilsier og fikk liksom gitt informasjon om det da, at man ikke egentlig vet om årsaker og det er vel ting som heller mer mot nevrologiske enn miljømessige akkurat når det gjelder stamming. Jeg sa også i forhold til Lidcombe så er man overhodet ikke interessert i å finne ut om årsakene. Det er ikke noe tema i det hele tatt. Vi tar utgangspunktet i det vi hører og ser her og nå, og det er der fokuset er og det følte jeg egentlig at mor ble litt letta av.*

I tillegg til at behandlingen må starte med bevisstgjøring, vektlegger logopedene at det i løpet av behandlingen skjedde en bevisstgjøring hos både foreldrene og barna i løpet av behandlingen. Logopeden til Lars forteller:

*... jeg opplevde også at foreldrene og ble rågede på å kommunisere med barnet sitt. Så jeg tenker at man får med den biten der, at det er ikke bare barnet som skal bevisstgjøres, men foreldrene bevisstgjøres og får trening i gode kommunikasjonsituasjoner med barnet sitt, og som de kan også overføre til andre for eksempel familiemedlemmer. Det at de er mye tryggere på barnet sitt.*

Logoped B påpeker, i tråd med Onslow (2003b), at det er viktig at behandlingskomponentene i Lidcombe-programmet utføres slik at de skaper gode tale- og kommunikasjonsituasjoner, ikke hemmer dem:

*Som for eksempel når man spør barnet, hvis man vil gi det her selvkorreksjon, at barnet liksom skal, når de har hoppet på et ord, vil jeg si hopper da, så spør man kan du gjenta det, hvis barnet prater veldig mye da kan man ikke bryte barnet bare fordi barnet stopper på et ord hvis det skal si mye etterpå. Da hugger du jo av. Da får jo ikke barnet prate ferdig. Det er jo ikke sånn vi vil at det skal være.*

I likhet med logopeden til Lars forteller logopeden til Siri at foreldrenes negative følelsesmessige opplevelser rundt barnets stammeproblematikk så ut til å bli redusert gjennom bevisstgjøringen. Dette kan også ha sammenheng med at foreldrene kan oppleve ”empowerment” gjennom å selv kunne ta ansvar for barnets vansker (Hansen & Herland, 2003). Å gi foreldrene ”empowerment”, samtidig med å ta bort fokuset på miljømessige årsaksforklaringer på stamming ser ut til å kunne redusere foreldrenes opplevelse av angst og skyld (Guitar, 2003; Yairi & Ambrose, 2005).

Logoped B forteller at hun opplevde at foreldrene til Siri klarte å adoptere tenkemåten i Lidcombe-programmet. De ble mindre engstelige og mer åpne:

*Sånn som en har uttrykt i alle fall, så er det at det har gitt en mye mer økt bevissthet i forhold til stammingen hos barnet, og også at de var så forsiktige før. At de ikke turte å hverken snakke om det eller de var så redde for å gi feil tilbakemeldinger og nå er det litt mer sånn: ”Eh, det tåler hun” De tenker ikke lenger at det de sier kan gjøre at*



*noe fælt skal skje. Jeg tror de har blitt litt mer rolige på den biten, og så det med økt bevissthet.*

Moren til Lars sier at hun opplevde bevisstgjøring av barnet som en nøkkelfaktor i virkningen av behandlingen:

*Det som er, er jo kanskje den bevisstgjøringen. Altså at gjør du feil, at selv en unge, at du kan bevisstgjøre at dette er feil. At ikke de skal få ros uansett. Det har jo vist seg at det er måten å kanskje gjøre det på.*

Det kan være litt vanskelig å få tak i akkurat hva moren til Lars mener her, men jeg velger å tolke utsagnet som at mor opplever bevisstgjøringen av stammingen, og korrigeringsene som den avgjørende faktoren i Lidcombe-programmet. Onslow (2003b) skriver at de verbale tilbakemeldingene er den fundamentale behandlingskomponenten i programmet, men påpeker at positiv oppmerksomhet rettet mot stammefri tale er det viktigste.

#### **4.5.5 Tett oppfølging fra logoped**

Selv om det er foreldrene som utfører behandlingen i Lidcombe-programmet har vi sett at det er logopedene som har ansvaret for implementeringen, progresjonen og overvåkingen av behandlingen (Onslow, 2003b; Harrison & Onslow, 2010). Dette krever at foreldrene må få tett oppfølging fra logopedene. Alle informantene trekker fram oppfølging som en klar fordel ved Lidcombe-programmet. For informantene ser oppfølgingen ut til å innebære flere aspekter. Moren til Siri forteller at det å få hjelp var viktig for dem, fordi de trengte informasjon og veiledning om hvordan de skulle håndtere stammingen til Siri. Flere av mødrene i Goodhue et al. (2010) sin undersøkelse utpekte det å tilegne seg økt kunnskap om stamming, og å lære seg å håndtere stammingen som en fordel med Lidcombe-programmet. Veiledning av foreldrene er en mye brukt strategi i både indirekte og direkte tilnærminger til behandling av stamming hos førskolebarn (Guitar, 2003), og er derfor ikke unikt for Lidcombe-programmet. Det som kanskje er spesielt for Lidcombe-programmet er at veiledningen skjer på ukentlig basis. På denne måten blir oppfølgingen av foreldrene i Lidcombe-programmet veldig tett. Ikke minst så blir oppfølgingen av barnet tett, fordi barnet og foreldrene alltid kommer sammen til logopedens kontor. Logoped A svarer dette når hun får spørsmål om hvilke styrke hun opplever at Lidcombe-programmet har:

*Ja, tildels den tette oppfølgingen med foreldrene og barnet for så vidt, at du liksom møter barnet under de omstendighetene du gjør da. Det blir en veldig fin setting å møte de sammen hele tiden. Og det at de får oppfølging tett, barnet.*

Det kommer fram i undersøkelsen at det informantene anser å kunne være en utfordring i implementeringen av Lidcombe-programmet også anses å være en fordel ved programmet, nemlig tid. Moren til Lars sier dette:

*...jeg tror det var veldig viktig det altså. Både for at man hadde såpass jevnlig møter med logoped. Sånn at da kommer det inn litt nye ting å gjøre for barnet. Hun var jo med å utvikle. Jeg fikk lekser at nå skal du øve på det og også at jeg kunne bli korrigert på hvordan jeg sa ting. Også det at jeg hadde hjemmelekser. Det er jo veldig viktig for å holde kontinuiteten så ikke det blir altfor sjeldent.*

De ukentlige møtene med logopeden ble altså en pådriver for mor, slik at behandlingen ble holdt i gang, men også slik at logopeden kunne overvåke at behandlingskomponentene ble utført på riktig måte. Med kontinuerlig veiledning fra logopeden kunne behandlingen også utvikles underveis.

Begrepet dialog går igjen hos alle informantene. Logopeden skal kommunisere ideene og teknikkene i Lidcombe-programmet til foreldrene (Onslow, 2003b), men for å forsikre seg om at foreldrene faktisk får forståelse for disse må dette skje i en dialog. Harrison et al. (2003) skriver at eventuelle utfordringer man kan støte på underveis i behandlingen fortrinnsvis skal løses gjennom kommunikasjon mellom logopeden og foreldrene. Informantene i denne undersøkelsen gir uttrykk for at det har vært god dialog mellom logopeden og foreldrene, og at denne dialogen har vært betydningsfull. Fra logopedenes synspunkt har dialogen vært viktig for å kvalitetssikre behandlingen, og for å løse utfordringer fortløpende. For foreldrene ser dialogen i tillegg ut til å være viktig for å få svar på spørsmål underveis. Moren til Siri sier dette:

*... jeg hadde veldig god dialog med logopeden og hvis det har vært noe så har jeg ringt henne og vi har pratet underveis. Det synes jeg har vært veldig bra. Hadde jeg noen spørsmål så har jeg fått svar på dem, og hvis ikke hun har visst så har hun sjekket det ut.*

Logopeden til Siri forteller om det samme:

*...utrolig godt å få et så nært samarbeid med foreldrene da synes jeg. At du føler at du får fulgt opp tett, når det er mye man jobber med og fram og tilbake, så er det veldig deilig å ha en dialog med dem hele tiden da. Jeg tror at de føler at de blir fulgt opp. At det å komme hit og at man gjør noe sammen, at man for snakket om det hele tiden og det blir en sånn utvikling.*

Logopeden til Siri påpeker også at foreldrenes kontinuerlige oppfølging av barnet, gjennom de daglige øktene gjør at behandlingen på denne måten gjennomføres i barnets naturlige hverdag. Onslow (2003b) skriver at dette er en styrke ved programmet fordi det kan utelukke problemer med overføring.

#### **4.5.6 Tilpasset førskolebarn**

Fordi Lidcombe-programmet er utviklet spesielt for barn i alderen 3-6 år, er behandlingen tilpasset denne aldersgruppen (Felby, 2006). Logopedene i undersøkelsen gir begge uttrykk for at de opplever behandlingen i Lidcombe-programmet som godt egnet for førskolebarn.

Logoped B begrunner det slik:

*Det at man legger til rette for gode kommunikasjonssituasjoner, og at man griper fatt i det som er her og nå. Det man ser. Det tenker jeg kan være bra i forhold til barn, ikke for mye analysering. Litt i forhold til følelser og at man ikke skal tolke. Selvfølgelig, man må jo ta hensyn, men det er mere den praktiske, det man gjør, det man snakker om, det er fokus der da, på det det gjelder på en måte.*

Mange har vært kritiske til at Lidcombe-programmet ikke har et teoretisk grunnlag (Siegel, 1998; Curlee & Yairi, 1998; Yairi & Ambrose, 2005). Lidcombe-programmet fokuserer på barnets taleatferd slik den fremgår i ”stammingsøyeblikket” og forsøker ikke å si noe om årsaksfaktorer (Onslow, 2003a). Begge logopedene ser ut til å forfekte denne tilnærmingen i arbeidet med førskolebarn. Logoped B sier dette:

*...også virker det som en metode som passer bra på den måten for at det er tilpasset til førskolebarn da. At de går på sånn teknikk, barn er jo eller barn i den alderen er jo veldig sånn her og nå, så hvis du spør, hvis de har en god dag og ikke stammer så mye så noen ganger så hopper de på ordene. Da har de nesten av og till tror jeg, de tenker ikke så mye på det, men hvis du tar dem i akkurat i det når de gjør det, da liksom.*

At Lidcombe-programmet er en lekebasert behandling som tar utgangspunkt i barnets sterke sider, og der barnet skal motta fem ganger mer ros enn korrigeringer har forsvart programmet mot noe av kritikken som har kommet (Onslow et al., 2001; Felby, 2006). Logopedene forteller at de opplever behandlingen i Lidcombe-programmet som lekepreget og lysbetont, og at det på denne måten er godt tilpasset førskolebarn. Logoped B sier:

*Det virker som at metoden er veldig tilpasset til hvordan barn er i den alderen da på en måte, lek og kos og ros.*

## 5 AVSLUTNING

Avslutningsvis oppsummeres hovedfunnene i undersøkelsen, og det gjøres et forsøk på en etterfølgende konklusjon som svarer på problemstillingen for oppgaven. Til slutt vil det bli gitt noen avsluttende kommentarer som er en refleksjon rundt hvordan resultatene kan ha betydning for praksisfeltet, og forslag til videre forskning.

### 5.1 Oppsummering og konklusjon

Hensikten med denne undersøkelsen har vært å besvare problemstillingen: *Hvilke erfaringer har logopeder og foreldre gjort med utprøvingen av Lidcombe-programmet som behandlingsmetode for førskolebarn som stammer i Norge?* Problemstillingen har blitt utforsket gjennom kvalitative forskningsintervjuer med fire informanter, to logopeder og to foreldre. Med bakgrunn i en fenomenologisk tilnærming har formålet vært å tilegne meg en forståelse for informantenes egne opplevelser, tanker og følelser rundt temaet. En hermeneutisk tilnærming til dataanalysen har gitt mulighet for å få dypere innsikt i Lidcombe-programmet som behandlingsmetode. I det følgende vil funnene for undersøkelsen, samt drøftingen av disse bli oppsummert under fire hovedpunkter. Bakgrunnen for inndelingen er at disse kategoriene pekte seg ut som de mest sentrale temaene under intervjuene, og utgjorde hovedinndelingen i resultatdelen.

#### **Hvilke tanker har logopeden om Lidcombe-programmet som behandlingsmetode?**

Det kommer frem i undersøkelsen at logopedene anerkjenner at Lidcombe-programmet teoretisk sett bryter med den tradisjonelle stammebehandlingspraksisen for førskolebarn som stammer i Norge, gjennom å være en mer åpen og direkte tilnærming, men at metoden i praksis har elementer som har vært vanlig å benytte seg av i Norge. Et slikt element er veiledning. Logopedene uttrykker at de er fornøyde med sertifiseringskurset i Lidcombe-programmet. De sier at kurset var med på å legge et godt grunnlag for å prøve ut programmet i praksis, men at det krever mer erfaring utover dette for å bli godt trent i metoden. Logopedene forteller at de anser Lidcombe-programmet som et positivt tilskudd til logopedens ”verktøykasse”.

## **Hvilke erfaringer har foreldrene med behandlingen?**

For mødre ser behovet for å få hjelp med barnets stamming, i tillegg til barnets stammeproblematikk, ut til å innebære behov for informasjon og veiledning. Mødrene forteller om en lang prosess, der de hadde mange å forholde seg til underveis, der barnets stamming ikke ble tatt på alvor og der de måtte sørge for å få den hjelpen de trengte selv. Informantene forteller at mødre hovedsaklig var positive til å prøve ut behandlingen i Lidcombe-programmet, men at det dukket opp noen skeptiske anskuelser helt i starten. Disse var knyttet til forventninger om at behandlingen ville ta mye tid og usikkerhet rundt egne forutsetninger som behandler, og til det å kommentere på barnets stamming. Foreldrenes opplevelse av behandlingsprosessen i denne undersøkelsen blir med bakgrunn i Hayhow (2009) sin studie betegnet som en ”enkel prosess”. Det innebærer en raskt forløpende prosess, med få alvorlige problemer underveis, og med et positivt resultat. Det betyr ikke at det ikke oppsto utfordringer, men disse ble løst i samarbeid med logopeden.

## **Hvilke utfordringer opplever informantene at Lidcombe-programmet har?**

Informantene utpeker flere utfordringer som dukket opp i implementeringen og gjennomføringen av behandlingen. Disse er hovedsakelig tilknyttet tid og organisering, verbale tilbakemeldinger, forhold ved barnets stamming, og kulturelle og språklige forskjeller. For mødre ser utfordringer i henhold til tid ut til å gjelde de ukentlige møtene med logopeden, og er knyttet opp mot arbeid. Det i forhold til implementeringen og opprettholdelsen av de verbale tilbakemeldingene at det ser ut til å være tilknyttet flest utfordringer. De verbale tilbakemeldingene kunne oppleves som unaturlige for både foreldrene og barnet, og krevde en tilvenningsprosess av ulik varighet. Etter hvert kunne det bli en utfordring å huske på de verbale tilbakemeldingene, spesielt når barnets stamming var bedret. Det blir identifisert tre forhold ved barnets taleferd som kunne utgjøre en utfordring for behandlingen: barnet viste ingen stamming, barnets stamming varierte og barnet viste ingen stammefri tale. Disse forholdene kunne gjøre det vanskelig å få gjennomført målingene og de verbale tilbakemeldingene som kreves i Lidcombe-programmet. Ved et av behandlingstilfellene forteller logopedene at det utgjorde en så stor utfordring at hun ikke har klart å gjennomføre behandlingen. Utfordringer knyttet til kulturelle og språklige forskjellene ser i følge logopedene ut til å dreie seg om ”praktiske” hensyn. Det språklige aspektet understrekes som spesielt sentralt, og da i forhold til oversettelse at de engelske termene som benyttes i Lidcombe-programmet og med tanke på tospråklighet.

## **Hvilke fordeler opplever informantene at Lidcombe-programmet har?**

De fordelene som blir trukket frem som sentrale for informantene er: positiv effekt på barnets taleflyt, positive "sideeffekter" for barnet, åpenhet rundt stammingen, bevisstgjøring hos foreldrene og barnet, tett oppfølging av logopeden og at behandlingen er tilpasset førskolebarn. Informantene forteller om rask og god effekt av behandlingen på barnets taleflyt. I tillegg forteller informantene om positive "sideeffekter" av behandlingen, som økt selvtillit og bedret talespråk. Alle informantene gir uttrykk for at de verdsetter den åpne tilnærmingen i Lidcombe-programmet. Åpenhet er nært tilknyttet bevisstgjøringen i programmet. Bevisstgjøring utpekes som et viktig redskap i behandlingen. Eksplisitt gjelder dette barnet, men implisitt ser dette ut til å gjelde også foreldrene. Én logoped beskriver at negative følelsesmessige reaksjoner hos foreldrene kan reduseres gjennom å bevisstgjøre foreldrene i forhold til stamming. Samtidig ser bevisstgjøringen ut til å legge til rette for gode kommunikasjonssituasjoner mellom barn og foreldre. Tett oppfølging fra logopeden blir også trukket frem som en av de største fordelene med programmet. Dette ser ut til å innebære tett oppfølging av barnet, veiledning av foreldrene, og dialog mellom foreldrene og logopeden. Oppfølgingen ser ut til å kunne kvalitetssikre behandlingen og være til støtte for foreldrene. Logopedene påpeker også at de opplever at Lidcombe-programmet er godt tilpasset behandling av førskolebarn, dels fordi behandlingen fokuserer på det håndgripelige, dels fordi den gjennomføres som lek.

## **Konklusjon**

Informantene i denne undersøkelsen gir totalt sett uttrykk for positive erfaringer med utprøvingen av Lidcombe-programmet. Fordelene ser i følge dem ut til å være mange, både for barnet, foreldrene og logopeden. Ingen av informantene forteller om noen direkte svakheter knyttet til Lidcombe-programmet slik de har opplevd behandlingen, men utfordringene har vært flere. Lidcombe-programmet ser ut til å ha blitt erfart som en velegnet behandlingsmetode for de fleste tilfellene i denne undersøkelsen, men dette impliserer ikke at behandlingen kan passe for alle. Funnene i denne undersøkelsen, sammen med den teorien og empirien som er presentert viser at behandlingen krever tid og engasjement, og god kommunikasjon mellom deltakerne i behandlingen.

## **5.2 Avsluttende kommentarer**

Hensikten med denne undersøkelsen har vært å belyse hvilke erfaringer logopeder og foreldre har gjort med utprøvingen av Lidcombe-programmet som behandlingsmetode for førskolebarn som stammer her i Norge. For å utvikle et fagfelt tror jeg det er viktig å være åpen for nye innfallsvinkler og ta ”nye” metoder på alvor gjennom å teste dem både empirisk og i praksis. Da jeg skulle finne informanter til denne studien ble det raskt klart at få av de logopedene som hadde vært på sertifiseringskurset hadde benyttet programmet i praksis. Det kan være mange grunner til dette, men jeg håper at denne undersøkelsen kan være en inspirasjon for andre logopeder til å gjøre egne utprøvinger av programmet i sin praksis. På denne måten kan de selv bedømme om Lidcombe-programmet kan være et tilskudd til den stammelogopediske ”verktøykassen” i arbeidet med førskolebarn. I tillegg håper jeg at studien kan inspirere til mer forskning rundt Lidcombe-programmet i Norge.

I ferdigstillelsen av oppgaven reflekterte jeg over hva som kan være interessant å forske videre på. Her vil noen av disse refleksjonene bli presentert. Etter hvert som kanskje flere logopeder i Norge benytter seg av Lidcombe-programmet vil det være spennende å gjøre en større kvantitativ studie som undersøker hvilken effekt behandlingen av Lidcombe-programmet har på førskolebarn i Norge. Fordi spontanbedring utgjør en stor trussel mot validiteten av slike undersøkelser, ser jeg for meg at det må gjøres en sammenligningsstudie, der behandlingsgruppen sammenlignes med en kontrollgruppe som ikke mottar noen form for behandling. Av etiske hensyn anser jeg samtidig dette som problematisk. For å kunne undersøke nærmere hvilke barn og foreldre behandlingen kan være egnet for og eventuelt hvilke barn og foreldre behandlingen ikke kan være egnet for vil det være interessant å gjøre mer inngående kasusundersøkelser.



# Litteraturliste

- Alm, P. A. (2005). *The casual mechanisms of stuttering*. Sverige: Lund universitet.
- Andenæs, A. (2000). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. I *Blandingskompendium Spesialpedagogikk SPED 4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk*. (s.39-72). Oslo: Universitetet i Oslo Det utdanningsvitenskapelige fakultet.
- Andrews, G. (1985). Epidemiology of stuttering. I R. F. Curlee, & W. H. perkins (red.), *Nature and treatment of stuttering. New directions*. London: Taylor & Francis.
- Attanasio, J. (2003). Some observations and reflections. I M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (red.), *The Lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician's guide*. (s. 207-214). Texas: Pro-ed. An international publisher.
- Bakhtiar, M. & Packman, A. (2009). Intervention with the Lidcombe program for a bilingual school-age child who stutters in Iran. *Folia Phoniatica et Logopedica*, 61, 300-304.
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook on stuttering*. London: Chapman & Hall.
- Boolsen, M. W. (2006). *Kvalitative analyser. Å finde årsager og sammenhænge*. København: Hans Reitzels forlag.
- Boey, R. A., Van de Heyning, P. H., Wuyts, F. L, Heylen, L., Stoop, R. & De Bodt, M. S. (2009). Awareness and reactions of young stuttering children aged 2-7 years old towards their speech disfluency. *Journal of communication disorders*, 42, 334-346.
- Curlee, R. & Yairi, E. (1998). Treatment of early childhood stuttering: Advances and research needs. *American journal of speech-Language pathology*, 7(3), 20-26.
- Curlee, R. F. (2007). Identification and case selection guidelines for early childhood stuttering. I E. G. Conture & R. F. Curlee (red.), *Stuttering an related disorders of fluency*. (s. 3-22). New York: Thieme.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode – En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- DiCicco-Bloom, B. & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40, 314-321.
- Felby, L. C. (2006). *Lær om Lidcombe programmet. Behandling af småbørnsstammen-en introduktion*. Herning: Special-pædagogisk forlag.
- Franken, M. J., Kielstra-Van der Schalk, & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of fluency disorders*, 30, 189-199.
- Gall, M. D., Gall, J. P. & Borg, W. R. (2007). *Education research. An Introduction*. (8<sup>th</sup> ed.). Paris: Pearson.

- Goodhue, R., Onslow, M., Quine, S., O'Brian, S. & Hearne, A. (2010). The Lidcombe Program of early stuttering intervention: mothers' experiences. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 70-84.
- Guitar, B. (2003). The Lidcombe program in historical context. I M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (red.), *The Lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician's guide*. (s. 27-38). Texas: Pro-ed. An international publisher.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering. An integrated approach to its nature and treatment*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hansen, E. J., & Herland, M. (2003). *Lidcombe programmet –foreldres erfaringer med direkte stammebehandling av førskolebarn*. Akademisk avhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Harris, V., Onslow, M., Packman, A., Harrison, E., & Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe program for early stuttering. *Journal of fluency disorders*, 27, 203-214.
- Harrison, E., Ttofari, K., Rousseau, I., Andrews, C. (2003). Troubleshooting. I M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (red.), *The Lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician's guide*. (s. 91-101). Texas: Pro-ed. An international publisher.
- Harrison, E., Onslow, M., & Rousseau, I. (2007). Lidcombe program 2007: Clinical tales an clinical trials. I E. G. Conture & R. F. Curlee (red.), *Stuttering an related disorders of fluency*. (s. 55-75). New York: Thieme.
- Harrison, E. & Onslow, M. (2010). The Lidcombe program for preschool children who stutter. I B. Guitar & R. McCauley (red.), *Treatment of stuttering. Established and emerging interventions*. (s. 118-140).
- Hayhow, R. (2009). Parents' experiences of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 20-25.
- Ingham, J. C. (2003). Evidence-based treatment of stuttering: I. Definition and application. *Journal of fluency disorders*, 28, 197-207.
- Jones, M., Onslow, M., Harrison, E. & Packman, A. (2000). Treating stuttering in young children: Predicting treatment time in the Lidcombe Program. *Journal of speech, language and hearing research*, 43, 1440-1450.
- 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 and communication disorders*, 38(2), 165-177.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing*. (2<sup>nd</sup> ed.). London: Sage.

- 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, 52-65.
- Laulund, E. (2002). Lidcombebehandlingen. Er den god?- Og hvorfor ikke? *Dansk audiologopædi. Fagblad for audiologopæder*. Hentet 25. mars 2010, fra <http://www.lidcombe.dk/artikel14.pdf>
- Lincoln, M. & Packman, A. (2003). Measuring stuttering. I M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (red.), *The Lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician's guide*. (s. 59-69). Texas: Pro-ed. An international publisher.
- Marshall, C. & Rossman, G. B. (1999). *Designing qualitative research*. (3<sup>rd</sup>ed.). London: SAGE Publications.
- Martin, R. R., Kuhl, P., & Haroldson, S. (1972). An experimental treatment with two preschool stuttering children. *Journal of speech and hearing research*, 15, 743-752.
- Martin, R. (1993). The future of behavior modification of stuttering: what goes around comes around. *Journal of fluency disorders*, 18, 81-108.
- Mathison, S. (1998). Why triangulate? I *Blandingskompendium Spesialpedagogikk SPED 4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk*. (s.173-177). Oslo: Universitetet i Oslo Det utdanningsvitenskapelige fakultet.
- Maxwell, J. A. (1992). Understanding and validity in qualitative research. I *Blandingskompendium Spesialpedagogikk SPED 4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk*. (s.181-202). Oslo: Universitetet i Oslo Det utdanningsvitenskapelige fakultet.
- Miller, B., & Guitar, B. (2009). Long-term outcome of the Lidcombe-program for early stuttering intervention. *American journal of speech-language pathology*, 18(1), 42-49.
- Mørk, M. (2007). *Stammer barnet?* Oslo: Bredtvet kompetansesenter.
- Nasjonal forskningsetisk komité for humaniora og samfunnsfag [NESH]. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. Hentet 2.mars. 2010 fra, <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Onslow, M., Menzies, R. G., & Packman, A. (2001). An operant intervention for early stuttering. The development of the Lidcombe program. *Behavior modification*, 25(1), 116-139.
- Onslow, M. (2003a). Overview of the Lidcombe program. I M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (red.), *The Lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician's guide*. (s. 3-20). Texas: Pro-ed. An international publisher.

- Onslow, M. (2003b). Verbal response-contingent stimulation. I M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (red.), *The Lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician's guide*. (s. 71-79). Texas: Pro-ed. An international publisher.
- Packman, A. (2003). Issues. I M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (red.), *The Lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician's guide*. (s. 199-206). Texas: Pro-ed. An international publisher.
- Packman, A., Onslow, M., & Attanasio, J. (2003). The timing of early intervention with the Lidcombe program. I M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (red.), *The Lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician's guide*. (s. 41-54). Texas: Pro-ed. An international publisher.
- Packman, A., Onslow, M., Reilly, S., Attanasio, J. & Shenker, R. (2009). Stuttering and bilingualism. *Arch Dis Child*, 94(3), 248.
- Passer, M. W. & Smith, R. E. (2004). *Psychology. The science of mind and behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Preus, A. (1977). *Stamming og løpsk tale*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Preus, A. (1990). *Språk-og talehemmede barn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Richels, C. G. & Conture, E. G. (2007). An indirect treatment approach for early intervention for childhood stuttering. I E. G. Conture & R. F. Curlee (red.), *Stuttering an related disorders of fluency*. (s. 77-99). New York: Thieme.
- Rousseau, I., Packman, A., Onslow, M., Dredge, R., & Harrison, E. (2002). Australian speech pathologists' use of the Lidcombe program of early stuttering intervention. *ACQuiring knowledge in speech, language and hearing*,4(2), 67-71
- Shapiro, D. A. (1999). *Stuttering intervention. A collaborative journey to fluency freedom*. Texas: pro-ed. An international Publisher.
- Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering: research and therapy*. London: Harper & Row, publishers
- Shenker, R. & Wilding, J. (2003). Canada. I M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (red.), *The Lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician's guide*. (s. 161-171). Texas: Pro-ed. An international publisher.
- Siegel, G. M. (1998). Stuttering: theory, research, and therapy. I A. K. Cordes, & R. J. Ingham (red.), *Treatment efficacy for stuttering. A search for empirical bases*. (s. 103-115). San Diego: Singular publishing group, Inc.
- Smith, A. (1999). Stuttering: A unified approach to a multifactoral, dynamic disorder. I N. B. Ratner & E. C. Healey (red.), *Stuttering research and practice. Bridging the gap*. (s. 27-42).

- Solheim, K. J. (2008). "Det var bløtt sagt" – En kvalitativ studie av danske logopeders erfaringer med Lidcombe programmet som behandlingsmetode. Akademisk avhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Starkweather, C. W. (1997). Therapy for younger children. I R. F. Curlee, & G. M. Siegel (red.), *Nature and treatment of stuttering. New directions.* (s. 257-279). Boston: Allyn & Bacon.
- Stewart, T. (1996). A Critique of the Lidcombe programme for children who stammer. *The British stammering association.* Hentet 23.mars 2009, fra [http://www.stammering.org/lidcombe\\_critique.html](http://www.stammering.org/lidcombe_critique.html)
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of the qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory.* London: Sage Publications.
- Sønsterud, H. (2009). Første Lidcombe- kurs gjennomført I Norge. *Logopeden*, 2/09, 32-33.
- The Australian stuttering research centre. (2009). *The Lidcombe program.* Hentet 3. April 2009, fra The University of Sydney <http://www3.fhs.usyd.edu.au/asrcwww/treatment/Lidcombe.htm>
- Van Riper, C. (1971). *The treatment of stuttering.* New Jersey: Prentice-hall, inc.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering.* New Jersey: Prentice-hall, inc.
- Webber, M. & Onslow, M. (2003). Maintenance of treatment effects. I M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (red.), *The Lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician's guide.* (s. 81-90). Texas: Pro-ed. An international publisher.
- Woods, S., Shearsby, J., Onslow, M., & Burnham, D. (2002). Psychological impact of the Lidcombe program of early stuttering intervention. *International journal of language & communication disorders*, 37(1), 31-40.
- World Health Organization [WHO]. (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> revision.* Hentet 2.mars 2010, fra <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- Wormnæs, O. (2005). Om forståelse, tolkning og hermeneutikk. I *Blandingskompendium Spesialpedagogikk SPED 4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk.* (s.223-242). Oslo: Universitetet i Oslo Det utdanningsvitenskapelige fakultet.
- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (2005). *Early childhood stuttering. For clinicians by clinicians.* Texas: pro-ed. An international publisher.



# Vedlegg

Vedlegg 1: Konesjon for gjennomføring av prosjektet (fortsetter på neste side)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagers gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Monica Dalen  
Institutt for spesialpedagogikk  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1140 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 02.02.2010

Vår ref: 23393 / 2 / MAB

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.01.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23393	<i>Tidlig studieintervensjon med Lidcombe-programmet i Norge</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Monica Dalen</i>
Student	<i>Heidi Marie Borgeteien</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

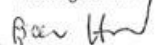
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Marte Bertelsen

Kontaktperson: Marte Bertelsen tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Heidi Marie Borgeteien, [REDACTED]

Auditoriskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uib.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.svarvaal@ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmas@svf.uib.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

23393

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer logopeder i Norge har med bruk av Lidcombe-programmet.

Utvalget består av 3-5 logopeder.

Førstegangskontakten med logopedene står student selv for. Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Under intervjuene vil student spørre om en del indirekte personidentifiserende opplysninger om tredje person/barn som stammer samt foresatte. For at ikke logoped skal bryte sin taushetsplikt må logoped innhente samtykke fra barn/foresatte til dette. Logoped sender ut informasjonsskriv til foresatte, og mottar muntlig samtykke fra foresatte om at han/hun kan gi indirekte personidentifiserende informasjon til student under intervju.

Reviderte informasjonsskriv til logoped og til foresatte, mottatt av personvernombudet 2. februar 2010, finnes tilfredsstillende.

Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven.

Personvernombudet legger til grunn at det er avklart med Universitetet i Oslo at data kan lagres på privat PC.

Prosjektet skal avsluttes 15.06.2010. Da skal lydopptak slettes og datamaterialet anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/navneliste slettes, og indirekte personidentifiserende opplysninger som for eksempel alder, kjønn og utdanning, endres (grovkategoriseres) eller slettes.



Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse til intervjuundersøkelse

Hei!

Mitt navn er Heidi Borgeteien. Jeg er logopedstudent ved universitetet i Oslo, og skal i gang med masteroppgaven denne vinteren. Jeg ønsker å undersøke hvilke erfaringer logopeder i Norge har gjort med bruken av Lidcombe-programmet.

Jeg har vært så heldig å få hjelp av [REDACTED] til å komme i kontakt med logopeder som var med på sertifiseringskurset i Lidcombe-programmet våren 2009. I denne forbindelsen har du sikkert allerede mottatt en mail fra [REDACTED] om dette. Jeg kontakter deg nå med hensikt om å gi deg mer utfyllende informasjon om mitt prosjekt, og i håp om at du har mulighet til å være med.

Siden programmet såpass nylig har gjort inntog i det norske logopediske miljøet har det så vidt jeg vet ikke blitt gjort noen studier av bruken av programmet i Norge.

Om du har benyttet deg av Lidcombe-programmet ved ett eller flere tilfeller, vil jeg veldig gjerne snakke med deg. Jeg er interessert i dine erfaringer med bruken av programmet, både av positiv og negativ art. Jeg ønsker blant annet å snakke med deg om hvordan du opplever at behandlingen påvirker barnet og barnets taleflyt, hvordan du opplever rollen som veileder under behandlingen og hvordan du opplever at foreldre og/eller foresatte har rollen som "behandlere". Utover dette er jeg interessert i alle erfaringer knyttet til behandlingen du eventuelt har lyst til å få fram.

Siden programmet er såpass nytt i Norge, og du sannsynligvis har gjennomført relativt få "behandlingsforløp", vil dine erfaringer antageligvis være nært knyttet til noen få barn og deres foreldre/foresatte. Av den grunn vil det i tillegg til ditt samtykke hentes inn informert samtykke fra foreldre/foresatte.

Takk for din oppmerksomhet! Håper på å høre fra deg:)

Vennlig hilsen  
Heidi Borgeteien

Tlf: [REDACTED]  
[REDACTED]

### Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informantgruppe 1

#### **Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave.**

Jeg er logopedstudent ved universitetet i Oslo, og skal i gang med masteroppgaven denne vinteren. Temaet for oppgaven er tidlig stammeintervensjon med Lidcombe-programmet i Norge og jeg ønsker å undersøke hvilke erfaringer logopeder i Norge har gjort med bruken av Lidcombe-programmet. Veileder for oppgaven er Kristine Gilleberg (tlf: [REDACTED]).

Jeg ønsker å intervju logopeder som arbeider med førskolebarn som stammer, som har sertifisering i Lidcombe-programmet, og som har benyttet seg av programmet i praksis ved ett eller flere tilfeller. Jeg er interessert i alle erfaringer knyttet til behandlingen, både av positiv og negativ art. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater underveis i intervjuet. Samtalen vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Jeg vil på intervjuet spørre om en del indirekte personidentifiserende opplysninger som omhandler barnet/foresatte. Jeg ønsker å få vite blant annet alder, kjønn og sosial status. For at du ikke skal bryte din taushetsplikt, må foresatte informeres og gi sitt samtykke til at intervjuet skal kunne finne sted. Det er derfor fint om du kan videreformidle informasjonsskrivet til de foresatte.

Det er frivillig å være med på dette intervjuet, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis innen prosjektslutt 1. juni 2010. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg, samt barn/foresatte bli anonymisert.

Alle innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt 1.juni 2010. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Dersom du ønsker å være med på intervju, eller dersom du har spørsmål angående undersøkelsen, kontakt meg.

Med vennlig hilsen

Heidi Marie Borgeteien

Tlf: [REDACTED]

e-post: [REDACTED]

## Vedlegg 4: Innvilgelse fra NSD

Hei,

Viser til innsendt endringsmelding for prosjekt 23393 "Tidlig stammeintervensjon med Lidcombe-programmet i Norge".

Personvernombudet har nå registrert 16. november 2010 som ny dato for prosjektslutt.

Personvernombudet har nå registrert at du i tillegg til å intervju logopedene også vil intervju foreldre til barn som logopedene har hatt til behandling. Innsendt informasjonsskriv til bruk i denne forbindelse finnes tilfredsstillende.

Personvernombudet minner videre om at prosjektkommentar/kvittering sendt i brev 2. februar 2010 fortsatt er gjeldende.

--

Vennlig hilsen

Marte Bertelsen  
Fagkonsulent

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: [REDACTED]

Tlf. sentral: [REDACTED]

Faks: [REDACTED]

E-post: [REDACTED]

[www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

Vedlegg 5: Informasjonsskriv til informantgruppe 2

**Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave.**

Jeg er logopedstudent ved universitetet i Oslo, og skriver masteroppgave. Temaet for oppgaven er tidlig stammeintervensjon med Lidcombe-programmet i Norge og jeg har, med godkjennelse fra dere, undersøkt hvilke erfaringer logopeder i Norge har gjort med bruken av Lidcombe-programmet. Veileder for oppgaven er Kristine Gilleberg (tlf: [REDACTED]).

Jeg ønsker i tillegg å intervjuere dere som foreldre om deres erfaringer med Lidcombe-programmet som behandlingsmetode for deres barn. Jeg er interessert i alle erfaringer knyttet til behandlingen, både av positiv og negativ art. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater underveis i intervjuet. Samtalen vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med på dette intervjuet, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis innen prosjektslutt 19. november 2010. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg og ditt barn bli anonymisert.

Alle innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt 19. november 2010. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Dersom du ønsker å være med på intervju, eller dersom du har spørsmål angående undersøkelsen, kontakt meg.

Med vennlig hilsen

Heidi Marie Borgeteien

Tlf: [REDACTED]

e-post: [REDACTED]

INTERVJUGUIDE INFORMANTGRUPPE 1

TEMA	SPØRSMÅL
<i>Innledning</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentere meg selv og takke for villigheten til å stille opp på intervjuet.</li><li>• Introdusere temaet for prosjektet og forklare hensikten med intervjuet.</li><li>• Informere om bruk av båndopptaker og notater.</li><li>• Informere om anonymisering av informantene.<ul style="list-style-type: none"><li>- Ingen opprinnelige navn vil bli brukt.</li><li>- Opplysninger behandles konfidensielt.</li><li>- Opptakene benyttes kun av meg og slettes etter bruk.</li><li>- Informanten kan når som helst trekke seg fra intervjuet.</li></ul></li><li>• Informere om de utvalgte temaene intervjuet vil omhandle.<ul style="list-style-type: none"><li>- Tanker rundt stammebehandling i Norge.</li><li>- Sertifiseringskurset.</li><li>- Barnets respons på behandlingen.</li><li>- Tilbakemelding fra foreldrene.</li><li>- Logopedens erfaringer og vurderinger av programmet.</li></ul></li><li>• Spørre om det er det noe informanten lurer på i forkant av intervjuet.</li><li>• Be informanten om å signere samtykkeerklæringen.</li></ul>
<i>Logopedens bakgrunn</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hvor lenge har du jobbet som logoped?</li><li>2. Kan du fortelle litt om din erfaring som logoped med førskolebarn som stammer?</li><li>3. Hvordan tilnærmet du deg behandling av førskolebarn som stammer før du tok sertifiseringen i Lidcombe-programmet?</li></ol>

<p><i>Stammebehandling i Norge</i></p>	<p>4. Hva tenker du når jeg sier ”tradisjonell stammebehandling” for førskolebarn i Norge?</p> <p>5. Hvordan vurderer du din egen praksis i forhold til ”tradisjonell stammebehandling” for førskolebarn i Norge?</p> <p>6. Hvordan vurderer du Lidcombe-programmet i forhold til ”tradisjonell stammebehandling” for førskolebarn i Norge?</p>
<p><i>Sertifiseringskurset</i></p>	<p>7. Hvordan kom du i kontakt med Lidcombe-programmet som behandlingsmetode, og hva visste du om programmet før du tok sertifiseringen?</p> <p>8. Hvilke tanker hadde du om programmet i forkant av sertifiseringskurset?</p> <p>9. Kan du fortelle litt om hvordan sertifiseringskurset ble gjennomført?</p> <p>10. Hvilke tanker om Lidcombe-programmet som behandlingsmetode satt du igjen med etter kurset?</p> <p>11. Hvordan opplevde du at sertifiseringskurset gjorde deg i stand til å bruke Lidcombe-programmet i praksis?</p> <p>12. Hvordan opplever du muligheten for oppfølging etter sertifiseringskurset?</p>
<p><i>Behandlings-tilfellene</i></p>	<p>13. Hva er kjønn og alder til barnet/barna du har hatt til behandling?</p> <p>14. Kan du fortelle litt om familie- og hverdagssituasjonen rundt barnet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvem bor barnet sammen med?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvor er barnet på dagtid?(hjemme/barnehage)</li> </ul> <p>15. Kan du fortelle litt om barnets stamming?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Type talebrudd</li> <li>- Frekvens</li> <li>- Sekundær atferd</li> <li>- Bevissthet rundt egen stamming</li> </ul> <p>16. Var det prøvd ut andre stammebehandlingsmetoder før barnet ble behandlet med Lidcombe-programmet?</p> <p>17. Hvilket utdanningsnivå har barnets foreldre?</p> <p>18. Hvordan er arbeidssituasjonen til barnets foreldre?</p> <p>19. Hvem har hatt ansvaret for utføringen av den direkte behandlingen?</p>
<p><i>Barnets respons på behandlingen</i></p>	<p>20. Hvilken virkning har behandlingen hatt på barnets taleflyt?</p> <p>21. Hvor lang tid har behandlingen tatt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadium 1</li> <li>- Stadium 2</li> </ul> <p>22. Hvilke reaksjoner har barnet vist på den direkte oppmerksomheten rettet mot talen?</p> <p>23. Hvor motivert har barnet virket for den daglige behandlingen?</p> <p>24. Har behandlingen hatt noen utilsiktede positive eller negative virkninger på barnet?</p> <p>25. Hva bygges vurderinger i forhold til barnets responser på?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Målinger?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Logopedens observasjoner?</li> <li>- Foreldrenes tilbakemeldinger?</li> </ul> <p>26. Hvordan har behandlingen blitt tilrettelagt for barnets individuelle behov?</p>
<p><i>Tilbakemeldinger fra foreldrene</i></p>	<p>27. Hvordan stilte foreldrene seg til forslaget om behandling med Lidcombe-programmet da forslaget først ble lagt fram?</p> <p>28. Hvordan opplever foreldrene vanskelighetsgraden av utføringen av behandlingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilrettelegging av aktiviteter</li> <li>- verbale tilbakemeldinger</li> <li>- Målinger av barnets stamming</li> <li>- Vurderinger av barnets stamming</li> </ul> <p>29. Hvordan opplever foreldrene tidsomfanget av behandlingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Daglige behandling</li> <li>- Ukentlige møter med logoped</li> <li>- Behandlingens varighet</li> </ul> <p>30. Hvordan opplever foreldrene at behandlingen påvirker relasjonen mellom dem og barnet?</p> <p>31. Hvordan vurderer foreldrene at behandlingen i Lidcombe-programmet har vært for sitt barn?</p> <p>32. Hvordan opplever foreldrene at behandlingsprosessen har vært for dem, og hvordan føler de seg ivaretatt under prosessen?</p> <p>33. Hvordan opplever du at samarbeidet mellom deg og foreldrene har vært?</p>



<p><i>Logopedens erfaringer</i></p>	<p>34. Hvordan opplever du vanskelighetsgraden av den praktiske gjennomføringen av Lidcombe-programmet?</p> <p>35. Hvordan vurderer du erfaringene du har hatt med utprøvingen av Lidcombe-programmet?</p> <p>36. Møtte dere noen uforutsette utfordringer underveis i behandlingen?</p> <p>37. Er det noe du i ettertid ser du ville gjort annerledes under behandlingen?</p>
<p><i>Logopedens vurderinger av programmet</i></p>	<p>38. Hvilke styrker synes du at Lidcombe-programmet har?</p> <p>39. Hvilke svakheter synes du at Lidcombe-programmet har?</p> <p>40. Hvordan synes du Lidcombe-programmet passer for norske forhold?</p> <p>41. Kan du si litt om <i>hvem</i> du mener Lidcombe-programmet passer for, og om det er noen Lidcombe-programmet eventuelt <i>ikke</i> passer for?</p>
<p><i>Veien videre</i></p>	<p>42. Ønsker du å fortsette å benytte deg av Lidcombe-programmet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis ja, kan du si litt om hvorfor?</li> <li>- Hvis nei, kan du si litt om hvorfor ikke?</li> </ul> <p>43. Hvordan vurderer du de ”verktøyene” du har, og er det eventuelt noe du synes du trenger for å fortsette å bruke Lidcombe-programmet?</p> <p>44. Av de logopedene som tok sertifiseringskurset samtidig med deg er det få som har benyttet seg av programmet. Hva tror du er</p>

	<p>grunnen til det?</p> <p>45. Hva tror du må til for at flere logopeder skal prøve ut Lidcombe-programmet?</p>
<i>Avslutning</i>	<p>46. Er det noe vi ikke har snakket om som du ønsker å få fram?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Eventuelle oppfølgingsspørsmål</li><li>• Takk for intervjuet!</li></ul>

Vedlegg 7: Intervjuguide for informantgruppe 2

INTERVJUGUIDE INFORMANTGRUPPE 2

TEMA	SPØRSMÅL
<i>Innledning</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentere meg selv og takke for villigheten til å stille opp på intervjuet.</li> <li>• Introdusere temaet for prosjektet og forklare hensikten med intervjuet.</li> <li>• Informere om bruk av båndopptaker og notater.</li> <li>• Informere om anonymisering av informantene.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingen opprinnelige navn vil bli brukt.</li> <li>- Opplysninger behandles konfidensielt.</li> <li>- Opptakene benyttes kun av meg og slettes etter bruk.</li> <li>- Informanten kan når som helst trekke seg fra intervjuet.</li> </ul> </li> <li>• Informere om de utvalgte temaene intervjuet vil omhandle.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barnets og familiens bakgrunn.</li> <li>- Barnets respons på behandlingen.</li> <li>- Foreldrenes opplevelse av behandlingen.</li> </ul> </li> <li>• Spørre om det er det noe informanten lurte på i forkant av intervjuet.</li> <li>• Be informanten om å signere samtykkeerklæringen.</li> </ul>
<i>Barnets og familiens bakgrunn</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hva er barnets kjønn og hva var alderen på barnet under behandlingsperioden?</li> <li>2. Kan du fortelle litt om familie- og hverdagssituasjonen rundt barnet under behandlingsperioden?               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvem bor barnet sammen med?</li> <li>- Hvor er barnet på dagtid?(hjemme/barnehage)</li> </ul> </li> <li>3. Kan du fortelle litt om barnets stamming før det ble behandlet med Lidcombe-programmet?</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type talebrudd</li> <li>- Frekvens</li> <li>- Sekundær atferd</li> <li>- Bevissthet rundt egen stamming</li> </ul> <p>4. Var det prøvd ut andre stammebehandlingsmetoder før barnet ble behandlet med Lidcombe-programmet?</p> <p>5. Hvor lenge hadde barnet stammet da dere begynte med Lidcombe-programmet?</p> <p>6. Hvordan var arbeidssituasjonen deres under behandlingsperioden?</p> <p>7. Hvem har hatt ansvaret for utføringen av den direkte behandlingen?</p>
<p><i>Barnets respons på behandlingen</i></p>	<p>8. Hvilken virkning har behandlingen hatt på barnets taleflyt?</p> <p>9. Hvor lang tid har behandlingen tatt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadium 1</li> <li>- Stadium 2</li> </ul> <p>10. Hvilke reaksjoner har barnet vist på den direkte oppmerksomheten rettet mot talen?</p> <p>11. Hvor motivert har barnet virket for den daglige behandlingen?</p> <p>12. Har behandlingen hatt noen utilsiktede positive eller negative virkninger på barnet?</p> <p>13. Hvordan har behandlingen blitt tilrettelagt for barnets individuelle behov?</p>

<p><i>Foreldrenes opplevelse</i></p>	<p>14. Hvordan stilte dere dere til forslaget om behandling med Lidcombe-programmet da forslaget først ble lagt fram?</p> <p>15. Hvordan opplevde du vanskelighetsgraden av utføringen av behandlingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilrettelegging av aktiviteter</li> <li>- verbale tilbakemeldinger</li> <li>- Målinger av barnets stamming</li> <li>- Vurderinger av barnets stamming</li> </ul> <p>16. Hvordan opplevde du tidsomfanget av behandlingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Daglige behandling</li> <li>- Ukentlige møter med logoped</li> <li>- Behandlingens varighet</li> </ul> <p>17. Hvordan opplever du at behandlingen har påvirket relasjonen mellom deg og barnet?</p> <p>18. Hvordan vurderer dere at behandlingen i Lidcombe-programmet har vært for deres barn?</p> <p>19. Hvordan opplever dere at behandlingsprosessen har vært for dere, og hvordan føler dere dere seg ivaretatt under prosessen?</p> <p>20. Hvordan opplever dere at samarbeidet mellom dere og logopeden har vært?</p> <p>21. Hvordan vurderer du erfaringene dere har gjort med Lidcombe-programmet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive/negative</li> </ul> <p>22. Ville du anbefalt Lidcombe-programmet for andre i samme situasjon?</p>
--------------------------------------	---

<i>Avslutning</i>	23. Er det noe vi ikke har snakket om som du ønsker å få fram? <ul style="list-style-type: none"><li>• Eventuelle oppfølgingsspørsmål</li></ul> Takk for intervjuet!

Vedlegg 8: Samtykkeerklæring for informantgruppene (Fortsetter på neste side)

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om studien som omhandler logopeders erfaring med utprøvingen av Lidcombe-programmet som behandlingsmetode for førskolebarn i Norge, og ønsker å stille til intervju.

Jeg bekrefter at jeg har fått tillatelse fra foreldrene til de barna jeg har behandlet med Lidcombe-programmet til å gi en del indirekte personidentifiserende opplysninger om dem og deres barn. Jeg har informert foreldrene om at det ikke vil bli snakket om dem med navn.

Jeg er kjent med at det vil bli gjort lydopptak av samtalen. Opptaket slettes og datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt 1.juni 2010. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven.

Jeg gir med dette samtykke til å stille som informant for masterstudent Heidi Marie Borgeteien.

Dato/Signatur ..... Telefonnummer .....

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om studien som omhandler logopeders og foreldres erfaring med utprøvingen av Lidcombe-programmet som behandlingsmetode for førskolebarn i Norge, og ønsker å stille til intervju.

Jeg er kjent med at det vil bli gjort lydopptak av samtalen. Opptaket slettes og datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt 1. desember 2010. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven.

Jeg gir med dette samtykke til å stille som informant for masterstudent Heidi Marie Borgeteien.

Dato/Signatur ..... Telefonnummer .....



Vedlegg 9: Informasjon til foreldre/foresatte

**Vedrørende forespørsel til logopeders om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave.**

Jeg er logopedstudent ved universitetet i Oslo, og skal i gang med masteroppgaven denne vinteren. Temaet for oppgaven er tidlig stammeintervensjon med Lidcombe-programmet i Norge og jeg ønsker å undersøke hvilke erfaringer logopeders i Norge har gjort med bruken av Lidcombe-programmet. Veileder for oppgaven er Kristine Gilleberg (tlf: [REDACTED]).

I forbindelse med arbeidet med min masteroppgave ønsker jeg å intervjuere logopeders som har benyttet seg av Lidcombe-programmet i praksis ved ett eller flere tilfeller. Jeg er interessert i alle erfaringer knyttet til behandlingen, både av positiv og negativ art. På intervjuene vil det kunne fremkomme en del indirekte personidentifiserende opplysninger om dere som foresatte og deres barn. Jeg ønsker blant annet å spørre logopedens om alder og kjønn på barnet som benytter Lidcombe-programmet, samt at jeg ønsker å vite hvilke yrker dere som foresatte har.

Jeg ønsker med dette å innhente et samtykke til at logopedens kan gi en del indirekte personidentifiserende opplysninger om deg/dere og deres barn. På intervjuet vil det ikke bli snakket om deg/dere med navn.

Alle innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt 1.juni 2010. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven.

Dersom du/dere nå tillater at jeg gjennomfører et intervju med logoped, [REDACTED], er det fint om dere besvarer til [REDACTED] ved å svare på denne e-posten, eller ved å kontakte [REDACTED] direkte på telefon [REDACTED].

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Heidi Marie Borgeteien

Tlf: [REDACTED]

e-post: [REDACTED]