

Overføring av behandlingselementer for personer som stammer

*-Fra logopedkontoret til personens hverdag
En artikkelbasert masteroppgave*

Ragnhild Hoft og Anne Kristine Nordhassel



Masteroppgave i spesialpedagogikk
Institutt for spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2017

Overføring av behandlingselementer for personer som stammer

-Fra logopedkontoret til personens hverdag

Masteroppgave i spesialpedagogikk

Institutt for spesialpedagogikk

Utdanningsvitenskaplig Fakultet

Universitetet i Oslo

Ragnhild Hoft og Anne Kristine Nordhassel

Vår 2017

© Ragnhild Hoft og Anne Kristine Nordhassel

2017

Overføring av behandlingselementer for personer som stammer

-Fra logopedkontoret til personens hverdag

Ragnhild Hoft og Anne Kristine Nordhassel

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

Sammendrag

Tittel

Overføring av behandlingselementer for personer som stammer - Fra logopedkontoret til personens hverdag

Bakgrunn og formål

Overføring i logopedisk stammebehandling dreier seg om å ta i bruk ferdigheter som er tillært i behandlingssituasjonen også utenfor behandlingssituasjonen. Overføring er avgjørende for at behandlingen skal ha en reell effekt for klienten, men er samtidig anerkjent som en utfordring innen stammebehandling. Formålet med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer voksne personer som stammer har med overføringsarbeidet fra logopedisk stammebehandling til hverdagslivet, og hva de opplever som en støtte og som en barriere for denne overføringen.

Metode

Oppgaven baserer seg på seks kvalitative semistrukturerte intervjuer med voksne personer som stammer. Disse personene har mottatt logopedisk stammebehandling gjennom deltakelse i en behandlingsstudie. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og transkribert kort tid etter hver samtale. Tekstdataene ble kodet og analysert i flere steg, basert på Dalens (2011) beskrivelse av fem trinn for å analysere meningen i et intervju.

Resultat og drøfting

Deltakerne hadde ulike erfaringer med overføringen mellom behandlingssituasjonen og dagliglivet. En rekke faktorer som opplevdes som støtter og barrierer for overføringen, ble identifisert knyttet til fire overkategorier: behandlingen, logopeden, deltakeren og deltakerens dagligliv. Et utvalg av disse faktorene presenteres og drøftes i oppgavens artikkeldel. Støttefaktorene som presenteres er: bruk av den hverdagslige samtalen i behandlingen; påminnelser; logopedens kompetanse; eksponering og personlig relevans; mestringsopplevelser, opplevelse av effekt og mestringsstro; selvregulering; den sosiale arenaen som treningsplass. Barrierefaktorene som presenteres er: trening fjernt fra dagliglivet; mangel på mestringsopplevelser og effekt; mangel på tid, prioritering og overskudd. Faktorene er komplekse og virker i samspill med hverandre. I artikkelens drøftingsdel blir støttefaktorene for overføring oppsummert i tre punkter: sammenkobling mellom behandling og dagligliv, strategier for selvregulering og kognitiv restrukturering.

Forord

Først og fremst ønsker vi å takke våre seks intervjudeltakere for at de ønsket å dele sine tanker og erfaringer med oss. Vi vil også takke våre to veiledere, Melanie Kirmness og Hilda Sønsterud, for all hjelp og støtte. Dere har bidratt med gode råd, innspill og tilbakemeldinger. Vi setter stor pris på fleksibiliteten dere har vist, og de raske tilbakemeldingene vi har fått, særlig nå på tampen. En ekstra takk til Hilda som viste oss tillit ved å inkludere oss i prosjektet sitt. Vi vil også takke Kirsti Lunde og Thomas Dyrdaahl for korrekturlesing og innspill på teksten.

Å skrive masteroppgave sammen er ikke gitt at skal være en suksess. Det har vært en tøff periode, men aller mest mange inspirerende og fine stunder i arbeidet med prosjektet. Vi opplever at samarbeidet har tilført prosjektet mer enn om vi hadde jobbet med det hver for oss. Når den ene har vært nede, har den andre klart å holde motet oppe og se nye muligheter. Derfor vil vi takke hverandre for et lærerikt og givende samarbeid.

Ragnhild vil takke familie og venner for oppmuntring i løpet av disse månedene, spesielt Jo for all støtte og Kirsti for ekstra mathjelp. Takk også til arbeidsgivere for fleksible løsninger, og ikke minst til veslegutt i magen for at du ikke kom før masteroppgaven var levert.

Anne Kristine takker Thomas for all støtte og tålmodighet, og for at du har hatt en vedvarende tro på at dette kom til å gå bra. Og tusen takk til barna mine, Ole og Jenny, som ikke har skjønt hva jeg har holdt på med, men som likevel motiverer meg mer enn noe annet. Takk for at dere er dere selv. En siste takk til mamma, pappa, Berit og familie for øvrig for hjelp til barnepass og oppmuntring underveis.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn og aktualitet.....	1
1.2	Formål og problemstilling	2
1.3	Begrepsavklaringer og begrensinger	3
1.4	Oppgavens oppbygging	3
2	Teori	5
2.1	Stamming hos voksne.....	5
2.1.1	Insidens og prevalens	5
2.1.2	Definisjon	5
2.1.3	Trekk ved stamming i voksen alder	6
2.1.4	Utfordringer ved stammebehandling for voksne.....	6
2.2	Logopedisk stammebehandling	7
2.2.1	Overføring	8
2.2.2	Bevisstgjøring og modifisering	10
2.2.3	Flytskapende teknikker og ulike mål for taleflyt	11
2.2.4	Talemessige teknikker og selvregulering.....	12
2.2.5	CBT og kognitiv restrukturering	13
2.2.6	Desensitivisering	13
2.2.7	ACT og personlig relevans.....	14
2.3	Felles faktorer ved logopedisk stammebehandling	15
2.3.1	Den terapeutiske relasjonen og logopedens rolle i behandlingen	16
2.3.2	Faktorer ved personen som går i behandling	19
2.4	Sosial støtte.....	22
3	Metode.....	23
3.1	Metodevalg – Kvalitative intervju	23
3.2	I forkant av datainnsamling	24
3.2.1	Rekruttering og utvalg.....	24
3.2.2	Utarbeiding av intervjuguide.....	24
3.2.3	Prøveintervju	26
3.3	Datainnsamling.....	27
3.3.1	Gjennomføring av intervju	27

3.3.2	Skrijving av refleksjonsnotat.....	29
3.4	Bearbeiding av datamaterialet	29
3.4.1	Transkripsjon.....	29
3.4.2	Koding og analyse	30
3.4.3	Reliabilitet	31
3.4.4	Validitet.....	32
3.5	Etiske overveielser.....	35
4	Avslutning og implikasjoner	38
	Litteraturliste	40
	Artikkel.....	44
	Vedlegg 1: Forfatterveiledning <i>Norsk tidsskrift for logopedi</i>	64
	Vedlegg 2: Erklæring vedrørende lengde på artikkel i <i>Norsk tidsskrift for logopedi</i>	65
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv	66
	Vedlegg 4: Intervjuguide.....	67
	Vedlegg 5: Transkripsjonsnøkkel.....	69
	Vedlegg 6: Figur 1, Resultater etter analysen	70
	Vedlegg 7: Godkjenning fra REK.....	71

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og aktualitet

Gjennom et prosjektarbeid i logopedstudiet våren 2016 intervjuet vi voksne personer som stammer som hadde gjennomført kurs i McGuire-programmet. Dette er et intensivt program for å håndtere og regulere stamming og er drevet av personer som selv stammer. Arbeidet med dette prosjektet ga oss økt innsikt i og interesse for opplevelsene til voksne personer som stammer. Vi oppdaget også at mange personer som stammer opplever en mangel på langvarig effekt ved logopedisk stammebehandling. Da vi høsten 2016 fikk tilbud om å bli med som assistenter i forskningsprosjektet *Stammebehandling – hva hjelper for hvem?*, og slik få ytterligere mulighet til å lære om erfaringene til voksne personer i stammebehandling, var det derfor et lett valg å takke ja til dette.

Forskningsprosjektet *Stammebehandling – hva hjelper for hvem?* er et pågående doktorgradsprosjekt ved Universitet i Oslo (Psykologisk institutt og Institutt for spesialpedagogikk) og Statped sørøst. Prosjektet har som mål å evaluere stammebehandling og se hvordan behandlingen påvirker taleproduksjon, kommunikasjonsferdigheter, engstelighet og livskvalitet hos voksne personer som stammer. Virkningen som relasjonen mellom logoped og klient har på behandlingsresultatene, blir også undersøkt.

Behandlingstilnærmingen integrerer både talemessige teknikker og kognitive elementer som blant annet stresshåndtering. Deltakerne har fått fire økter med utprøvende behandling, med varighet opptil 2,5 timer. Den utprøvende behandlingen har strukket seg over en periode på to måneder og med oppfølgingsmålinger etter én, tre, seks og tolv måneder. Det forventes at deltakerne trener selv for å overføre og vedlikeholde ferdighetene som læres i behandlingssituasjonen. Deltakerne ble under deltakelsen i forskningsprosjektet delt i to grupper, basert på hvor åpen eller skjult stammingen var ut fra selvrapporing. For å tilføre kvalitative data om deltakernes opplevelser, ble det gjennomført dybdeintervjuer av deltakerne. Intervjuene ble gjennomført ca. sju måneder etter avsluttet behandlingsperiode. Vi har intervjuet gruppen med mest åpen stamming. Mastergradsprosjektet vårt deler datamateriale (lydfiler og transkripsjoner) med forskningsprosjektet, da formålet med intervjuet var å undersøke den totale nytteverdien av deltakelsen i prosjektet. Alle stegene i forskningsprosessen etter datainnsamlingen er gjennomført selvstendig og uten spesifikk

tilknytning til forskningsprosjektet. Dette inkluderer alle analyser og resultater som er presentert og drøftet i artikkelen. Resultatene som er presentert i dette mastergradsprosjektet representerer også bare en liten del av de totale erfaringene som deltakerne hadde med å delta i forskningsprosjektet.

Vi har valgt å vinkle vår egen studie mot overføringen av behandlingselementer og ferdigheter lært i behandlingen. Dette valget var inspirert av fortellingene fra deltakerne på McGuire-kurset; de beskrev arbeidet med å ta i bruk taleteknikkene i dagliglivet som svært krevende, og noe som ikke alle kursdeltakere mestret. I både praksis og litteratur om emnet har vi sett at dette også er en utfordring i logopedisk stammebehandling; mange oppnår taleflyt i behandlingssituasjonen med logopeden, men opplever ikke at dette hjelper dem i situasjoner i dagliglivet der behovet er reelt (Finn, 2003). De individuelle forskjellene i hvor vellykket overføringen oppleves, gjør det ekstra interessant å undersøke hvilke faktorer som kan ha spilt en positiv eller negativ rolle i overføringen for den enkelte. Deltakernes eget arbeid med overføringsaktiviteter er dessuten en uttalt del av behandlingsprosessen i forskningsprosjektet, og det er derfor interessant å undersøke deres opplevelser knyttet til dette arbeidet.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med denne studien har vært å undersøke hvilke erfaringer voksne personer som stammer har med å overføre det de har lært og oppnådd i logopedisk stammebehandling til dagliglivet utenfor behandlingssituasjonen. Vi har fokusert på å identifisere faktorer som deltakerne har opplevd har hjulpet eller hindret dem i dette overføringsarbeidet.

Generalisering er ikke et mål i kvalitativ forskning, og en kan heller ikke si noe om årsak og virkning ut fra deltakernes erfaringer. Likevel vil økt kunnskap om dette temaet kunne være verdifullt for logopeder som jobber med voksne personer som stammer, for at de best mulig skal kunne legge til rette for vellykket overføring fra behandling til dagligliv. Også personer som stammer kan ha nytte av innsikt i hva andre har opplevd som støttende og utfordrende i dette arbeidet. Problemstillingen er som følger:

Hvilke erfaringer har deltakerne med overføring av behandlingselementer de har tilegnet seg i logopedisk stammebehandling?

Med forskningsspørsmålene:

- Hvilke faktorer oppleves som styrkende for overføringen mellom logopedkontoret og hverdagen?
- Hvilke faktorer oppleves som svekkende for overføringen mellom logopedkontoret og hverdagen?

1.3 Begrepsavklaringer og begrensinger

Oppgaven dreier seg om *overføring* mellom *behandlingssituasjon* og hverdagsliv for *voksne personer som stammer* som deltar i *logopedisk stammebehandling*.

«Overføring» defineres som at personen som går i stammebehandling tar i bruk elementer som er tillært i behandlingssituasjonen også utenfor behandlingssituasjonen.

Behandlingselementene kan omfatte talemessige teknikker, men også andre ferdigheter som læres i behandlingssituasjonen. «Behandlingssituasjonen» er møtene deltakerne har hatt med logopeden med et terapeutisk formål. Denne studien ser kun på individuelle behandlingssituasjoner, ikke gruppebehandlinger. «Logopedisk stammebehandling» slik begrepet er brukt generelt i oppgavens teoridel, inkluderer all stammebehandling hos logoped. Dette inkluderer ikke medikamentell, psykoterapeutisk eller alternativ behandling og heller ikke deltakelse i støttegrupper eller kurs av typen McGuire-programmet. En redegjørelse av logopediske tilnærminger til stammebehandling finnes i kapittel 2.3. «Logopedisk stammebehandling» slik begrepet er brukt i problemstillingen, avgrenser seg derimot til den spesifikke logopediske oppfølgingen som deltakerne fikk gjennom sin deltakelse i forskningsprosjektet *Stammebehandling – hva hjelper for hvem?*. På grunn av det tilgjengelige deltakerutvalget tar studien utelukkende for seg voksne personer, over 18 år, som stammer. Ytterligere definisjoner og redegjørelser av stamming generelt og hos voksne spesielt finnes i kapittel 2.1.

1.4 Oppgavens oppbygging

Denne masteroppgaven er skrevet i formatet artikkel med kappe. Formålet med kappen er å utdype teoretiske og metodiske aspekter av oppgaven som ikke har plass innenfor de begrensede rammene til artikkelen. Foruten dette innledningskapittelet består kappen av et

teorikapittel (kapittel 2) og et metodekapittel (kapittel 3). I kapittel 2 vil følgende bli redegjort for: stamming hos voksne, ulike tilnærminger til logopedisk stammebehandling, felles faktorer ved ulike behandlingstilnærminger og sosial støtte. Teorikapittelet vil dekke temaer som går utover resultatene som er drøftet i artikkelen; likevel er temaene relevante for studiens resultater i sin helhet, slik de er presenterte i artikkelens *Figur 1* (vedlegg 6). Kapittel 3 består av redegjørelser og refleksjoner knyttet til alle stadiene i vår forskingsprosess. Disse stadiene inkluderer alle forberedelser i forkant av datainnsamlingen, selve datainnsamlingen og bearbeiding av datamaterialet. Refleksjoner rundt studiens kvalitetskriterier og etiske overveielser inngår også i kapittel 3.

Artikkelen presenteres til slutt i denne oppgaven, og er skrevet etter forfatterveiledningen til *Norsk tidsskrift for logopedi* (vedlegg 1). Artikkelen består av en innledning med vekt på teori om overføring fra behandlingssituasjon til hverdagsliv i logopedisk stammebehandling for voksne, en kort presentasjon av studiens metodiske tilnærming, en presentasjon av resultatene av studien og en drøfting av disse resultatene i lys av teoretiske perspektiver.

Masteroppgaven er skrevet av to studenter i felleskap. Både forskingsprosessen og det skrevne produktet har blitt til gjennom et tett samarbeid i alle ledd. Vi er likevel ansvarlige for ulike deler i oppgavens kappedel. Her er Anne Kristine Nordhassel hovedansvarlig for følgende underkapitler: 2.1, 2.2, 2.4, 3.1, 3.2, 3.4.1, 3.4.2 og 3.5. Ragnhild Hoft er hovedansvarlig for følgende underkapitler: 1, 2.3., 3.3., 3.4.3 og 3.4.4. Oppgavens artikkeldel er skrevet sammen i så stor grad at de individuelle bidragene er umulige å skille. Derfor er Anne Kristine Nordhassel ansvarlig for artikkelens sider nummerert med partall, mens Ragnhild Hoft er ansvarlig for artikkelens sider med oddetall.

2 Teori

2.1 Stamming hos voksne

2.1.1 Insidens og prevalens

Stamming er en talevanske som utvikler seg i løpet av de første leveårene. I faglitteraturen blir det ofte rapportert at 5 % stammer en eller annen gang i løpet av livet (Guitar, 2014). I en gjennomgang av nyere forskning konkluderte imidlertid Yairi og Ambrose (2013) med at dette tallet kan være høyere, blant annet på grunn av bruk av selvrapporing i undersøkelser om stamming. I den samme gjennomgangen konkluderte Yairi og Ambrose med at omtrent 0,75 % stammer til enhver tid uavhengig av alder, med en noe høyere prosent for barn og en lavere for voksne. Mange blir kvitt stammingen i barneårene, men for omtrent 1/5 vedvarer stammingen utover i voksenårene (Yairi & Ambrose, 2013).

2.1.2 Definisjon

Forskere fra forskjellige fagdisipliner har forsøkt å definere stamming på ulike måter. Yairi og Seery (2015) argumenterer for at en definisjon av stamming må handle om å belyse de grunnleggende trekkene ved stammingen. De definerer stammingen som «articulatory gestures in a holding pattern (repetition, prolongation, block) in an attempted delivery of syllables (including single-syllable words) or elements of syllables» (Yairi & Seery, 2015, s. 36-37). Når stammingen begynner og i de første årene vil stammingen gjerne arte seg som beskrevet her, men stammingen utvikles og endrer karakter i samspill med omgivelsene dersom den vedvarer utover i barne-, ungdoms-, og voksenårene:

When the disorder persists, it expands to acquire additional characteristics reflected in dynamic, multidimensional patterns of overt body tensions, motor-physiological adaptations, as well as emotional, cognitive, and social reactions. To the person who stutters, these additional aspects of the disorder may be more disturbing than the stuttered speech events (Yairi & Seery, 2015, s. 37)

I faglitteraturen blir stamming som vedvarer utover barneårene gjerne omtalt som «avansert stamming» (Guitar, 2014). Vi vil i det følgende avsnittet gjøre rede for hvordan stammingen kan karakteriseres når den har utviklet seg til avansert stamming i voksen alder.

2.1.3 Trekk ved stamming i voksen alder

Stamming karakteriseres ved visse former for brudd i taleflyten (Yairi & Seery, 2015). Noen brudd i talen er normale taleflytbrudd, mens andre i større grad kjennetegner stamming. Ved stammeligende taleflytbrudd stopper luftstrømmen helt eller delvis opp. Stansen i luftstrøm forårsakes normalt av spenninger ulike steder i artikulasjonsapparatet eller i larynks. De hørbare stammeligende taleflytbruddene kalles gjerne stammingens primæratferd (Guitar, 2014). Stamming kan utvikle seg til å gjelde mer enn bare de hørbare og observerbare taleflytbruddene. Dette kalles gjerne stammingens sekundæratferd (Guitar, 2014).

Sekundæratferden kan oppstå som unødvendige tilleggsbevegelser som kan virke forstyrrende på talen. For omverden kan sekundæratferden bli synliggjort gjennom grimaser, rykninger og andre kroppsbevegelser (O'Brian & Onslow, 2011). Sekundæratferdens karakteristikk øker gjerne med alderen, og mange knytter utviklingen av sekundæratferd opp mot behavioristiske læringsteorier om betinget læring (F. eks. Guitar, 2014). Vedvarende stamming øker også sannsynligheten for å utvikle sosial angst og andre angstlignende lidelser (Alm, 2014; Craig & Tran, 2014; Messenger, Onslow, Packman, & Menzies, 2004). Messenger et al. (2004) fant at voksne som stammer i større grad opplever frykt for å bli vurdert negativt i nye sosiale situasjoner enn personer som ikke stammer. Lignende funn ble gjort av Craig og Tran (2014), som gjennomførte to metaanalyser av forskning som har undersøkt generell angst og sosial angst hos personer som stammer. Det ble funnet forhøyet grad av både generell og sosial angst hos personer som stammer, og dessuten at det er sannsynlig at personer som stammer blant annet kan oppleve nervøsitet, ansenhet, stress, usikkerhet og frykt for å fremstå som dumme. Det er også rapportert om opplevelser av isolasjon og av å være sosialt stigmatisert for personer som stammer (Johnson et al., 2016). Psykiske helseplager kan påvirke alvorlighetsgraden av stammingen og gi økt unngåelsesatferd (Iverach et al., 2009). For mange kan disse følelsesmessige faktorene etter hvert være et større hinder enn den primære, synlige delen av stammingen. Omfattende unngåelsesatferd kan være begrensende for dagligliv og personlige relasjoner for personene det gjelder.

2.1.4 utfordringer ved stammebehandling for voksne

Stammebehandling for voksne involverer atferdsendring. Klienten skal lære seg flytskapende eller stammemodifiserende teknikker for å endre måten å tale på, og også gjerne nye måter å tenke og handle på i videre forstand. Voksne som stammer har imidlertid levd med

stammingen lenge og har muligens prøvd ut flere ulike behandlingsmetoder, noen med blandede erfaringer. Dette kan gjøre dem skeptiske til behandling, og stamme- og tankemønstre kan være vanskelige å endre (Bricker-Katz, Lincoln, & McCabe, 2010). Det kan også se ut til at eventuelle psykologiske aspekter ved stammingen kan være med å komplisere stammebehandlingen og øke sjansen for tilbakefall (O'Brian & Onslow, 2011). I en studie gjennomført av Iverach et al. (2009) hvor voksne som stammet, med og uten psykiske helseplager, gjennomførte en flytskapende behandling. Det ble funnet at psykiske helseplager så ut til å redusere effekten av behandlingen. Gruppen som hadde psykiske helseplager rapporterte om mer alvorlig stamming og mer unngåelsesatferd enn gruppen uten slike helseplager. Kun den gruppen som ikke hadde psykiske helseplager klarte å vedlikeholde det de hadde oppnådd behandlingen seks måneder etter avsluttet behandling. Med tanke på stammings kompleksitet kan det derfor være utfordrende for logopeder å jobbe med voksne personer som stammer.

2.2 Logopedisk stammebehandling

Historisk sett har behandlingsmetoder for stamming vært inndelt i to ulike tradisjoner som grovt sett kan deles inn i en stammemodifiserende og en flytskapende behandlingstradisjon (Blomgren, 2010). Van Riper (1973) knyttes til den stammemodifiserende tilnærmingen. Han mente at stammebehandling måtte dreie seg om ulike måter å redusere og håndtere stammingen på. Den tradisjonelt stammemodifiserende tradisjonen inkluderte også kognitive aspekter hvor det blant annet ble jobbet med å redusere frykten for å stamme. Den flytskapende tradisjonen har mer dreid seg om å lære teknikker for å øke flyten i talen (Blomgren, 2010). Guitar (2014) bruker begrepet «kontrollert flyt» når det dreier seg om å lære seg å kontrollere flyten i talen ved bruk av taleteknikker som lette artikulasjonskontakter, myk start, pauser og fleksibelt taletempo. Han legger vekt på at det ikke er nødvendig å bruke kontrollert flyt hele tiden, men gjerne i starten av setninger og når klienten forventer å stamme. Det er i dag mer vanlig å kombinere bruken av stammemodifiserende og flytskapende elementer i behandlingen (Blomgren, 2010). Talemessige teknikker alene vil ikke ha noen effekt på en eventuell sosial angst (O'Brian & Onslow, 2011). Derfor er det vanlig å kombinere talemessige teknikker med behandlingsmetoder som håndterer psykologiske og kognitive aspekter (O'Brian & Onslow, 2011; Yairi & Seery, 2015). Guitar (2014) kaller denne måten å jobbe på for en integrert tilnærming, hvor man behandler

stammingen som den komplekse vansken den er, med både talemessige, sosiale, emosjonelle og kognitive mål for behandlingen. Forskning på stammebehandling har vist at det ikke kan identifiseres én behandlingsform som skiller seg ut som den beste, men at ulike behandlingsformer kan være til nytte for ulike personer (Baxter et al., 2016; Herder, Howard, Nye, Vanryckeghem, & Herder, 2006). Hvordan stammingen vises hos den enkelte, vil påvirke hvilke områder som skal vektlegges i behandlingen og hvordan man skal jobbe med stammingen og overføringen.

2.2.1 Overføring

I tradisjonell logopedisk stammebehandling kan behandlingsprosessen sees på som en tredelt prosess (Conture, 2001; Manning, 2010). Først blir atferdsendringene etablert ved at de læres i behandlingssituasjonen og mestres av klienten. Deretter jobbes det med å overføre endringene til situasjoner utenfor behandlingssituasjonen, til klientens dagligliv. Til slutt må den nye atferden vedlikeholdes, også etter at den formelle behandlingen er avsluttet.

Vedlikeholdsfasen kan for noen være resten av livet, og de fleste vil erfare små eller store tilbakefall (Craig, 1998). Den andre fasen, overføring av endringer fra behandlingssituasjon til dagliglivet, er anerkjent som en utfordring innen stammebehandling (Finn, 2003), og er også grunnlaget for en vellykket vedlikeholdsfasen (Manning, 2010). Conture (2001) legger vekt på at å bygge bro mellom behandlingssituasjonen og hverdagen må være en av logopedens viktigste oppgaver og selve målet for behandlingen. At klienten har klart å etablere flyt inne på behandlingsrommet, betyr ikke at han eller hun automatisk kommer til å snakke flytende i den virkelige verden. En av logopedens primære oppgaver må derfor være å vurdere i hvilken grad endring også forekommer utenfor klinikken, og å jobbe systematisk for å støtte denne overføringsprosessen. Finn (2007) legger også vekt på at logopeden må støtte klienten i overføringsarbeidet, da dette ikke er noe som skjer av seg selv. Han foreslår flere aktiviteter som kan gjøres for å støtte overføringsprosessen. En metode som trekkes frem, som også er grundig beskrevet av Guitart (2014), er å trene på en spesifikk atferd i gradvis vanskeligere talesituasjoner. Det foreslås både å jobbe med desensitivisering av selve stammingen og å trene på «kontrollert flyt» i et situasjonshierarki som logopeden og klienten utarbeider sammen. Overføringsaktivitetene må dreie seg om å tilnærme seg vanskelige situasjoner for å jobbe med holdninger til stammingen og for å endre stammeetferden, samtidig som det oppleves håndterbart for den som stammer (Guitart, 2014).

Johnson et al. (2016) gikk gjennom kvalitativ forskning på stammebehandling mellom 1990 og 2014, for å undersøke støtter og barrierer knyttet til ulike elementer av stammebehandlingen, blant annet overføring til dagliglivet. Det ble identifisert ulike faktorer på både individ- og behandlings-, relasjonelt og sosialt nivå. På individnivå ble det identifisert faktorer knyttet til blant annet emosjonelle og praktiske aspekter ved behandlingen. De emosjonelle aspektene dreide seg om negative erfaringer knyttet til ulike situasjoner, som igjen kunne føre til fornektelse av stammingen og unngåelsesatferd. Det ble derfor lagt vekt på å behandle de emosjonelle aspektene i kombinasjon med praktiske strategier for å støtte en vellykket behandling. Utfordringer knyttet til det praktiske var knyttet til mangel på tid og å huske på å praktisere behandlingselementene. Det ble foreslått å imøtekomme disse utfordringene ved å integrere øving i hverdagslige rutiner, få hjelp av andre personer og å utvikle et system for selv-påminnelser. Det kom også frem i de ulike studiene at det kan være vanskelig å ta i bruk behandlingselementene utenfor behandlingssituasjonen, og at inkludering av scenarioer fra dagliglivet i behandlingssituasjonen kan oppleves nyttig for personer som stammer for å minske gapet.

Som det har kommet frem i tidligere kapitler er stamming en kompleks og multifaktoriell vanske, og gruppen av personer som stammer er svært heterogen. Dette kan ha bidratt til at det ikke finnes noen felles akseptert modell for prosessene som ligger til grunn for bedring av stamming og dermed ikke noe allmenngyldig "kart" å følge i behandlingsprosessen (Finn, 2003). Ikke minst gjelder denne heterogeniteten ungdom og voksne som stammer. Både høyere alder og alvorsgrad av stamming er relatert til større utfordringer knyttet til overføring og vedlikehold av resultater i stammebehandlingen (Boberg & Kully, 1994; Craig, 1998; Hancock & Craig, 1998; Lincoln, Onslow, Lewis, & Wilson, 1996 ; Onslow, Costa, Andrews, Harrison, & Packman, 1996). Overføringen skjer der personene som stammer lever i dagliglivet, og uten denne overføringen, er ikke stammebehandlingen vellykket. Forskning må derfor forsøke å forstå hva som skjer i den delen av behandlingsprosessen. Vi vil videre se på ulike elementer i logopedisk stammebehandling. Vi vil drøfte utfordringer knyttet til overføringen av de ulike behandlingselementene, men også se på hvilke muligheter som finnes for å få til en vellykket overføring av de ulike elementene. Conture (2001) etterlyser mer fokus på hvilke elementer som er felles for en god overføring på tvers av behandlingsformer. For å undersøke dette nærmere, vil vi se på faktorer som er felles på tvers av behandlingsformer i kapittel 2.3.

2.2.2 Bevisstgjøring og modifisering

Bruk av stammemodifiserende teknikker dreier seg om å lære å endre og kontrollere talen før, under og etter et stammeøyeblikk (Conture, 2001; Guitar, 2014; Van Riper, 1973; Yairi & Seery, 2015). Det er en symptomorientert måte å jobbe på, og dreier seg om å lære å håndtere stammingen, og komme seg gjennom stammeøyeblikkene på en god måte. Denne behandlingsmetoden skal gi klienten kontroll over egen tale. Et sentralt element ved bruk av denne tilnærmingen er at den som stammer må innse at stammingen ikke bare er noe som skjer med dem, men er noe de kan påvirke og kontrollere (Yairi & Seery, 2015). En bevisstgjøring av stammingen og egen tale er sentralt i dette arbeidet. For å kunne kjenne igjen og modifisere stammeøyeblikkene, må den som stammer få en større bevissthet om hva som skjer. Denne identifiseringen er også med på å involvere den som stammer i stammebehandlingen. Det krever aktiv deltakelse av den som stammer, og det er viktig at det utvikles et beskrivende språk for å snakke om stammingen. En bevisstgjøring av hva som skjer med kroppen, tanker og følelser før og under et stammeøyeblikk, kan gjøre klientene mer bevisst på når stammingen inntreffer. Etter hvert kan det som tidligere kunne oppleves som et forvarsel om at stamming kom til å oppstå, fungere som en påminnelse om å ta i bruk behandlingselementene (Finn, 2007). På denne måten kan bevisstgjøringen bidra til å overføre disse elementene til dagliglivet. Ved å skrive ned opplevelser knyttet til stammingen og overføringsarbeidet, kan klienten bli mer bevisst på hva som utløser stammingen. Målet med overføringen er ifølge Finn (2007) å lære å modifisere faktorer som er med på å utløse stammingen i hverdagslige situasjoner. Et eksempel på noe som kan utløse stammingen, kan være stress, for eksempel på grunn av manglende tro på at man har de verktøyene som skal til for å mestre ulike talesituasjoner. Ved at klientene lærer å kontrollere stammingen, vil de etterhvert lære en alternativ atferd å bruke dersom stamming forekommer i fryktede talesituasjoner, noe som kan gi dem tro på mestring (Watson & Tharp, 2007). En bevisstgjøring av stammingen kan på denne måten være et viktig element i arbeidet med å forberede klienten på overføringsfasen i stammebehandlingen, og mestring av stammemodifiserende behandlingsteknikker kan være med å gi klienten en følelse av kontroll og trygghet med tanke på å mestre ulike talesituasjoner.

2.2.3 Flytskapende teknikker og ulike mål for taleflyt

De fleste kliniske studier som er gjennomført i de senere år, inkluderer flytskapende teknikker som en del av behandlingen (O'Brian & Onslow, 2011). Det har særlig blitt publisert artikler om *The Camperdown Program* (Carey, O'Brian, Lowe, & Onslow, 2014; Carey et al., 2010; Cocomazzo et al., 2012; O'Brian, Onslow, Cream, & Packman, 2003). I *The Camperdown Program* jobbes det med å lære en langsom tale for å redusere og eliminere stammingen, for deretter å jobbe med naturligheten i talen. Målet er at klientene skal lære og etter hvert automatisere nye finmotoriske ferdigheter. Det jobbes også med ulike former for langsom tale i tradisjonell logopedisk stammebehandling (Guitar, 2014). Flytskapende teknikker kan oppleves unaturlig og krevende. Dermed kan det være utfordrende å overføre og vedlikeholde den nye måten å snakke på i naturlige kommunikasjonssituasjoner (O'Brian & Onslow, 2011). For mange er også tilbakefall vanlig, spesielt dersom psykologiske aspekter er en del av vanskebildet (Iverach et al., 2009). For å forsøke å møte disse utfordringene kan man trekke inn ulike mål for flyt i ulike situasjoner. Guitar (2014) foreslår tre ulike mål for flyt: (1) I noen situasjoner kan det oppleves mer viktig med flyt, for eksempel dersom personen skal holde tale, holde presentasjoner eller delta i intervjuer. I disse situasjonene kan flytskapende teknikker i større grad tas i bruk for å oppnå ønsket grad av flyt i talen. (2) I andre situasjoner kan det også være viktig å være flytende, men kanskje ikke mulig å oppnå total flyt. Da kan det være aktuelt å bruke stammemodifiserende teknikker for å gjøre stammingen mildere og lettere. (3) I andre situasjoner er ikke taleflyt et mål, og det kan være nok å jobbe for å akseptere stammingen og fokusere på å være avslappet og fortsette å snakke selv om stamming forekommer.

En vurdering av hvilke situasjoner de ulike målene for flyt skal brukes i, må gjøres av personen som stammer selv. Hvordan denne vurderingen gjøres, vil påvirke hvordan man skal jobbe med overføringsarbeidet knyttet til de ulike situasjonene. Når det er bestemt hvilken grad av flyt som skal være mål for ulike situasjoner, må man jobbe med å overføre taleteknikkene fra fokusert trening på logopedkontoret til dagliglivet. I første omgang kan dette kreve praktisk arbeid i behandlingssituasjonen for å etablere flyt i ulike situasjoner i behandlingen, gjerne ved å konstruere eller oppsøke dagligdagse situasjoner i behandlingen (Guitar, 2014; Johnson et al., 2016).

2.2.4 Talemessige teknikker og selvregulering

En viktig faktor i overføringsarbeidet er å gjøre klienten i stand til å regulere egen atferd. Selvregulering kan defineres som enhver innsats individer legger ned for å modifisere egen atferd, tanker eller følelser for å oppnå et bestemt mål (Carver & Scheier, 2011). Finn (2007) trekker frem tre viktige ferdigheter som klienten må jobbe med for å kunne regulere stammeatferden. Klienten må for det første trenes i å overvåke egen stamming. Dette fungerer best når klienten blir trent i å overvåke en konkret atferd og får en eksplisitt instruksjon om hva som skal overvåkes. For det andre anbefales det at klienten lærer å vurdere egen stamming, gjerne ved bruk av en tallskala. Dette kan gjøre stammingen mer forståelig for den som stammer, og det kan gjøre det lettere for klienten å vurdere fremgang. Det kan også styrke samarbeidet mellom logoped og klienten da de har noen felles referansepunkt å samtale ut fra. For det tredje anbefales det at klienten trenes i å forsterke egen atferd når han eller hun når målet. Guitar (2014) anbefaler også å konkretisere treningen ved for eksempel å bestemme et antall øvelser som skal gjøres i løpet av en dag.

Å ta i bruk talemessige teknikker er en aktivitet som kan oppleves krevende for mange, da det krever konstant selvovervåking. Ved å overvåke sin egen stamming og hva som trigger stammingen, blir det lettere å ta kontroll over talen og erstatte stammeatferden med teknikker for å modifisere og skape flyt i talen. Det kreves opptil 3000 repetisjoner av selv grunnleggende finmotoriske ferdigheter før de automatiseres (Manning, 2010). Det vil si at de gjennomføres uten personens bevisste selvovervåking. Å skulle gjennomføre en slik selvovervåking av tale og teknikk og samtidig skulle tenke på innholdet i det man vil si kan oppleves som slitsomt. (Ingham, Ingham, & Bothe, 2012) peker på at selvovervåking likevel ikke nødvendigvis er negativt, men ganske enkelt en side av å gjennomføre en endring. De minner om at all innlæring av ny atferd vil kreve fokusert oppmerksomhet, i hvert fall i en periode, og at dette fokuset vanligvis er assosiert med vellykkede atferdsendringer. Dersom personen som stammer opplever den nye talen som svært ubehagelig, og kanskje synes at det føles unaturlig å snakke med bevisste taleteknikker, kan det være at de opprinnelige målsettingene for behandlingen var feil for personen i utgangspunktet. Kanskje burde større vekt ha blitt tillagt felles utarbeidelse av behandlingsmål og arbeidsmetoder som var personlig relevante og viktige for klienten (Ingham et al., 2012). Likevel bør man ta på alvor at det kan oppleves som vanskelig å skulle bytte ut stamming med en annen type unormal tale. Å oppnå en talemåte som oppleves naturlig av både taler og samtalepartnere, kan derfor være et viktig

behandlingsmål for å sikre vellykket overføring og varig endring. Craig and Tran (2014) påpeker at uansett hvilken behandling man velger er det viktig at behandlingsstrategier styrker klientens evne til å tilpasse tanker og følelser til situasjonen, og gjør dem i stand til å bruke ferdigheter som kan styrke selvregulering, slik at personen kan oppleve kontroll i de ulike situasjonene de ønsker å delta i.

2.2.5 CBT og kognitiv restrukturering

Kognitiv atferdsterapi (CBT) har vist seg å være effektiv i behandling av angstlidelser og også for sosial angst hos personer som stammer (O'Brian & Onslow, 2011). En sentral del av CBT er å jobbe med å endre måten man tenker om seg selv og sin egen stamming på. Dette er en form for kognitiv restrukturering, og dreier seg om å finne alternative måter å tenke på (Menzies, Onslow, Packman, & O'Brian, 2009). Utover kognitiv restrukturering jobbes det også med desensitivering, atferdseksperimenter og oppmerksomhetstrening i CBT. Yairi (2015) som selv stammer, beskriver hvordan han fikk en psykoanalytisk behandling over en periode på to år. Hans erfaring fra behandlingen var at det ikke hadde noe effekt på stammingen, men at det hadde effekt på livskvaliteten, da han ble en «lykkeligere stammer» (s. 331). Finn (2003) påpeker at negative holdninger til egen stamming kan være en barriere for overføring. Unngåelse av ulike situasjoner kan være en sentral konsekvens av stammingen (Iverach et al., 2009). Negative tanker og følelser kan påvirke overføringen fra behandlingssituasjonene til hverdagen fordi eventuell frykt for sosiale situasjoner vil kunne redusere antallet potensielle arenaer for å øve på behandlingselementene. For å i det hele tatt å ha mulighet til å trene på overføringen av elementer er det en forutsetning at det også jobbes for å redusere unngåelsesatferden som en del av behandlingen. Målet må således også dreie seg om å endre negative reaksjoner til noe positivt, og frykt må erstattes av et ønske om å delta og kommunisere i flere ulike situasjoner i dagliglivet (O'Brian & Onslow, 2011). Ved å jobbe med å redusere negative tanker og følelser knyttet til stammingen kan sjansen for å få til en god overføring, og dermed en vellykket behandling, øke.

2.2.6 Desensitivering

En bevisstgjøring av stammingen, som beskrevet i kapittel 2.2.2., kan føre til en desensitivering av stammeøyeblikket. Det vil si at den som stammer i større grad aksepterer, og i mindre grad frykter stammingen. Man kan også jobbe mer generelt og overordnet med

desensitivisering. Det kan da jobbes for å redusere frykt og engstelse knyttet til ulike situasjoner, ord eller personer som den som stammer frykter for å redusere unngåelsesatferd. Dette kan gjøres ved å eksponere seg for ulike situasjoner som fremkaller ubehag eller frykt og engstelse. Flere studier rapporterer om behov for å oppsøke steder utenfor behandlingsrommet for å redusere frykt for å stamme og for å øve på å snakke med flyt (Cream, Onslow, Packman, & Llewellyn, 2003; Irani, Gabel, Daniels, & Hughes, 2012). Det kan blant annet gjøres ved å oppsøke folk på gaten, eller gå i butikken for å handle sammen. For at dette skal gjøres på en trygg måte, og ikke skape flere angstlignende følelser, tilnærmer man seg de ulike situasjonene i et «frykthierarki» (Guitar, 2014). Logopeden og klienten kan begynne dette arbeidet sammen, gjennom øvelser i behandlingssituasjonen, for deretter å bevege seg ut i daglige situasjoner. Det anbefales også å trekke inn personer utenfra i denne delen av behandlingen. Man nærmer seg fryktede situasjoner med økende vanskelighetsgrad og med økende lengde. Etter hvert som følelsene håndteres på en god måte i tidligere fryktede situasjoner, kan man gå videre til neste steg i frykthierarkiet. For å jobbe med å redusere frykt for stammingen, kan det jobbes med frivillig stamming (f.eks. Yairi & Seery, 2015). Ved å eksponere seg selv for det man frykter gjentatte ganger, vil man etter hvert redusere og minimalisere frykten man forbinder med de ulike situasjonene. På denne måten vil den som stammer gradvis håndtere følelsene sine bedre i stammeøyeblikkene og i ulike situasjoner i dagliglivet. I tillegg til at arbeid med desensitivisering vil virke inn på å redusere frykt og angst, vil det også ha en positiv effekt på selvsikkerhet, selvtillit og selvbilde (Yairi & Seery, 2015). Når man arbeider med desensitivisering i stammebehandling, jobber man med å ufarliggjøre stammingen. Hva man jobber med, avhenger av hvilke situasjoner den som stammer frykter.

2.2.7 ACT og personlig relevans

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) er annen kognitiv terapiform som har blitt utviklet i løpet av de senere årene (Holden, 2007). Et grunnleggende element i ACT er aksept av negative tanker og opplevelser; innenfor ACT er det ikke noe mål å minimalisere ubehag i størst mulig grad, men å se det som en naturlig del av tilværelsen. Innenfor ACT vil det også være viktig å følge sine indre mål, tanker og ønsker om hva man ønsker å få ut av livet og hva som oppleves som meningsfullt, og la dette være styrende for valgene man tar. Ved å bruke mål som er funksjonelle og relevante for deltakeren og utforme konkrete mål, vil det også kunne støtte arbeidet med overføring av behandlingselementene (Finn, 2003). Målene bør

være spesifikke, realistiske og klinisk relevante (Finn, 2007). Dette kan være med å øke motivasjonen for arbeidet og øke sannsynligheten for et meningsfullt utfall. Klienten kan imidlertid trenge hjelp til å bli kjent med egen stamming, og med å utforme mål som kan konkretiseres i behandlingen. Bruken av individuelle mål i behandlingen blir nærmere utdypet i avsnittet om individuell tilpasning under kapittel 2.3.1.

2.3 Felles faktorer ved logopedisk stammebehandling

Ved evaluering av psykoterapeutisk behandling er det typiske funnet at ulike reelle behandlingstilnæringer gir forholdsvis like positive resultater, samtidig som de er mer effektive enn placebobehandlinger (Messer & Wampold, 2002; Wampold & Imel, 2015). Forklaringen på dette fenomenet kan ligge i at det finnes suksessfaktorer som er felles på tvers av behandlinger, noe som gjør at ulike behandlinger kan gi like gode resultater (Messer & Wampold, 2002; Wampold & Imel, 2015). Et slikt syn på behandling har blitt kalt en fellesfaktormodell eller kontekstuell modell. En slik modell står i motsetning til en medisinsk behandlingsmodell som vektlegger de spesifikke elementene av ulike behandlinger (Wampold & Imel, 2015).

Også innenfor det stammelogopediske fagfeltet har man sett at logopedisk stammebehandling er mer effektivt enn ingen behandling eller placebo behandling, eksempelvis i Jones et al. (2005) sin randomiserte kontrollstudie om Lidcombe-programmet for tidlig stammebehandling. Det er også eksempler på studier som indikerer at ulike behandlingsmetoder for den samme vansken gir sammenlignbar effekt. Herder et al. (2006) gjennomførte en metaanalyse av ulike behandlingstilnæringer for stamming. Deres data indikerte at stammebehandling generelt har en positiv effekt, men at ingen enkelt behandlingstilnærming kunne vise til signifikant bedre effekt enn andre tilnærminger. Lignende funn ble gjort i en nylig gjennomgang av forskning gjort på ikke-farmakologisk behandling for stamming (Baxter et al., 2016). Denne studien viste at alle behandlingsformene som ble undersøkt hadde positive resultater for noen, men at det var stor variasjon i utfallet for de ulike deltakerne. Herder et al. (2006) foreslår virkningen av felles faktorer på tvers av behandlinger som en forklaring på at ulike behandlingsformer kan ha like god effekt, mens Baxter et al. (2016) fremhever verdien av individuelt tilpasset behandling.

Individuell tilpassing kan også sees på som en felles faktor på tvers av behandlingsformer, som drøftet nedenfor.

Siden slike felles faktorer kan være avgjørende for effekten av stammebehandling, kan de også spille en viktig rolle for hvordan overføringen fra behandlingen til hverdagslivet blir. Overføringsfasen i behandlingsprosessen bygger på en vellykket etablering av ferdigheter i prosessens første fase (Manning, 2010). Faktorer som bidrar til en helhetlig positiv behandlingsopplevelse, kan derfor også være støttende faktorer i overføringsarbeidet.

I de neste avsnittene skal det først redegjøres nærmere for potensielle felles faktorer i stammebehandling som omhandler det terapeutiske forholdet og egenskaper ved logopeden. Deretter rettes fokuset mot felles faktorer som omhandler egenskaper ved klienten.

2.3.1 Den terapeutiske relasjonen og logopedens rolle i behandlingen

Irani et al. (2012) undersøkte klienters erfaringer med å delta i et intensivt program for logopedisk stammebehandling for voksne. I denne studien tok deltakerne blant annet opp sine erfaringer med logopedens holdninger og egenskaper, samt hvordan disse bidro til å forme en god kliniker-klient-relasjon. Relasjonen til logopeden og oppfatningene av logopedens kompetanse var blant hovedfaktorene som ble rapportert for deltakernes motivasjon og også for deres opplevde effekt av behandlingen, noe som er i tråd med fellesfaktormodellen. En annen kvalitativ stammelogopedisk studie ble gjennomført av (L. W. Plexico, Manning, & DiLollo, 2010). De fokuserte spesifikt på klienters oppfatninger av effektive og ineffektive terapeutiske allianser. Disse deltakerne opplevde også at effektive logopeder hadde bestemte egenskaper og holdninger som bidro til et effektivt terapeutisk forhold. Dette førte videre til at klientene ble motiverte for å gå i behandling, og til å selv ta ansvar for egen tale, kommunikasjon og handlinger. Ved å integrere de ti kategoriene de kom fram til gjennom sine analyser, laget de denne beskrivelsen av en effektiv klient-logoped relasjon:

Effective clinicians are perceived by their clients as professional, passionate, committed, and confident individual who understand the nature and depth of the stuttering experience. They have an understanding of and a belief in the therapeutic process and in the client's ability to change. They are client-focused and make clinical decisions that account for the client's needs, capabilities, and personal goals. Effective clinicians actively listen to their clients with a patient, nonjudgmental and caring

demeanor, building feelings of confidence, acceptance, understanding and trust that lead to an effective therapeutic alliance. The client is motivated to attend therapy and achieve increasingly agentic behavior, improved communication and fluency. (Plexico, Manning & DiLollo, 2010, s. 347)

Vi skal videre redegjøre kort for tre kategorier av logopedegenskaper som kan fremme effektive terapeutiske relasjoner, som alle kan kjennes igjen i Plexico, Manning & DiLollo sin beskrivelse. Disse egenskapene er som følger: (1) logopedens egenskaper og holdninger som styrker relasjonen, (2) logopedens kliniske kompetanse, inkludert en dybdeforståelse av stamming og stammebehandling og (3) at logopeden tilpasser sin behandling til den individuelle klientens behov, evner og personlige mål.

Egenskaper og holdninger ved logopeden som styrker relasjonen

Egenskaper og holdninger som er viktige for en logoped, er ikke betydelig annerledes enn egenskapene og holdningene som er viktige i andre yrkesroller som innebærer et samarbeid mellom en profesjonell og en klient. En av de grunnleggende teoretikerne på emnet er psykologen Carl Rogers som grunnla den personsentrerte tilnærmingen til terapeutiske forhold og terapeutiske forandringsprosesser. Han mente at det ikke er de tekniske ferdighetene til en terapeut som bestemmer behandlingsutfallet, men heller at terapeuten innehar og formidler visse holdninger til klienten, og at formidlingen av disse holdningene blir fanget opp av klienten. Disse tre holdningene er kongruens (genuinitet), empati og ubetinget positiv aktelse (Rogers, 1990). Van Riper (1975, i Manning, 2010) presenterte den første beskrivelsen av ønskelige egenskaper ved logopeder som arbeider med barn og voksne med taleflytvansker, og hans karakteristikk er empati, varme og genuinitet overlapper i stor grad med Rogers' grunnleggende holdninger. I tillegg la han vekt på det han kalte karisma, som er evnen til å skape håp og optimisme hos klienten. Som det vil bli beskrevet nedenfor er positive forventninger, håp og motivasjon viktige holdninger og egenskaper ved klienten for effektiv stammebehandling og overføring, og logopeden kan altså spille en viktig rolle i at disse blir etablert og/ eller opprettholdt.

Logopedens kliniske kompetanse

Egenskaper og holdninger hos logopeden er ikke nødvendigvis bare bestemt av logopedens personlighetstrekk, men kan også læres og trenes på gjennom reflektert praksis og erfaring i faget (Manning, 2010). Slik er også dette en viktig del av den kliniske kompetansen. Andre sider ved klinisk kompetanse innebærer solid faglig kunnskap og god forståelse av stamming og stammebehandling, og formidling av denne forståelsen til klienten. Mange av deltakerne i Plexico et al. (2010) sin studie uttrykte at dette var et viktig trekk ved effektive logopeder, oppsummert slik: «Effective clinicians are professional and confident individuals who understand the nature of stuttering and its treatment» (Plexico, Manning & Dilollo, 2010, s.241). Deltakerne uttrykte glede over å kunne diskutere stamming med en fagperson som hadde dyp forståelse av hva stamming innebærer både fysisk og emosjonelt.

Individuell tilpasning

Både i etablering av ferdigheter i stammebehandling og påfølgende overføring av disse til hverdagslivet, er det sentralt å finne ut hva som skal etableres og øves på og hvorfor. En konsekvens av en individuelt tilpasset behandlingstilnærming er at det er klienten sine egne mål som peker ut retningen for behandlingen, og ikke mål som er definerte av logopeden. (Egan, 2014) hjelpermодell er basert på en slik tilnærming. Modellen går ut på å først hjelpe klienten med å forstå situasjonen og identifisere problemet, deretter å hjelpe klienten å utforme egne mål og motivasjoner, og til slutt å hjelpe klienten med å velge realistiske strategier og handlingsplaner for å nå disse målene. Egans modell kan være svært relevant for stammebehandling (Manning, 2010). I det første steget blir både logopeden og klienten kjent med klienten sin situasjon slik den er når klienten begynner behandling; begge parter vet kanskje at problemet er stamming, men hvilke aspekter av stammingen er problematiske? Hvordan påvirker stammingen livssituasjonen til vedkommende? På det andre trinnet i hjelpeprosessen er det nærliggende for mange å anta at klientens primære behandlingsmål er å slutte å stamme. I logopedisk stammebehandling bør det imidlertid tas hensyn til at prognosene for stammebehandlingen vil avta med alderen, og at det derfor hverken er realistisk eller tilstrekkelig å jobbe mot total taleflyt i stammebehandling for voksne (Yairi & Seery, 2015). Plexico, Manning og Delillo (2005) pekte på at man bør se på de individuelle behovene og fokusere på hvordan den enkelte kan håndtere stammingen sin, heller enn å jobbe mot fullstendig taleflyt. Dette aspektet kan logopeden trekke inn i behandlingen i utformingen av realistiske og relevante mål, for eksempel å bli tryggere i

kommunikasjonssituasjoner eller å stamme mindre anstrengt (L. Plexico et al., 2005). På det tredje trinnet i hjelpeprosessen velges strategiene for å nå de identifiserte målene, inkludert strategier for overføring. Disse må være tilpasset klientens livssituasjon og ressurser for å være realistiske (Manning, 2010). Om det tredje trinnet i prosessen, strategier og handlingsplan for måloppnåelse, skriver Manning (2010) at klienten selv ideelt sett skal spille en viktig rolle i å formulere planen, etter å ha blitt tilstrekkelig informert om ulike alternativer og innsatsen som er påkrevd. Slik kan en personsentrert tilnærming sikre klientdelaktighet og et mest mulig individuelt tilpasset behandlingsopplegg i alle behandlingsfaser. Ingham et al. (2012) legger også vekt på hvor viktig det er at utformingen av behandlingsmålene, samt måten framgang og måloppnåelse blir vurdert på, er personlig viktige og relevante for klienten. De mener at det er like mange definisjoner av hva som er «suksessfulle behandlingsresultater» som det er klienter, og at det er klientenes egne mål og vurderinger av måloppnåelse som skal styre stammebehandlingen for voksne. I Plexico et al. (2010) sin studie var flere av intervjudeltakerne også opptatte av at gode logopeder var fleksible og individrettede i sin tilnærming til stammebehandling, samarbeidet tett med klienten i målbestemmelse og behandlingsutforming og var oppmerksomme på behovene til klienten til enhver tid i behandlingsprosessen.

Oppsummert kan man si at logopedens egenskaper, holdninger, ferdigheter og kompetanse er viktige for at klienten skal ha utbytte av behandlingen og på den måten danne et godt grunnlag for den videre overføringen fra behandling til dagligliv. En trygg terapeutisk relasjon der logopeden også oppfattes som faglig kompetent, og der logopeden tilpasser seg selv og behandlingen til den individuelle klienten, gir et godt grunnlag for en vellykket stammebehandling. Likevel er det to parter i en relasjon, og også faktorer ved klienten kan påvirke stammebehandlingen. Ikke minst gjelder dette overføringsfasen, der klienten forventes å være mer selvstendig enn i etableringsfasen.

2.3.2 Faktorer ved personen som går i behandling

En viktig klientfaktor i logopedisk behandling er motivasjonen som personen har med seg inn i, gjennom og i etterkant av behandlingsprosessen. Motivasjon er et vidt begrep, men i denne sammenhengen brukes den vidtfavnende definisjonen til Schunk, Pintrich, and Meece (2014, p. 5): «motivation is the process whereby goal-directed activities are instigated and sustained». Denne korte definisjonen viser at motivasjon er en prosess, ikke et produkt, at den

involverer aktiviteter knyttet til visse mål og at den fører til at slike målrettede aktiviteter blir påbegynt og opprettholdt. «Aktiviteter» kan vise til både mentale og fysiske handlinger. Motivasjon kan med andre ord beskrives som en indre tilstand som resulterer i målrettet atferd (Schunk et al., 2014). Høy motivasjon fører til opprettholdelse av denne målrettede atferden selv i møte med motstand, problemer og tilbakefall (Schunk et al., 2014). Motivasjon er derfor viktig i overføringsfasen, da det gjerne oppleves som utfordrende å ta i bruk behandlingselementer i nye situasjoner. Hva som fører til høy motivasjon er igjen et svært vidt spørsmål. Kvaliteten på den terapeutiske relasjonen er en potensielt viktig faktor for klientens motivasjon (Irani et al., 2012). To andre faktorer har å gjøre med klientens forventninger; forventningene om at behandlingsaktivitetene har en effekt dersom de blir gjennomført, og forventningene til sin egen evne til å gjennomføre og mestre disse behandlingsaktivitetene.

Forventninger til behandlingen

Definisjonen av motivasjon ovenfor viser at motivasjon er knyttet til målrettede aktiviteter. Gjennomføring av en målrettet aktivitet innebærer en forventning om at gjennomføringen faktisk fører til det ønskede målet. For å være motivert for logopedisk stammebehandling må klienten derfor forvente at behandlingsaktivitetene vil ha en effekt på det som ønskes forandret. Slik vil også sannsynligheten for at klienten gjennomfører treningsaktiviteter på egen hånd være høyere dersom han eller hun har forventninger om at disse aktivitetene har ønsket virkning. Effekten av behandlingsforventninger er foreslått som en forklaring på placebo-effekten i medisinsk forskning, og er også ansett som et virksomt element i psykoterapi, selv om de spesifikke mekanismene ved denne virkningen ikke er fullt ut forstått (Wampold & Imel, 2015).

Mange voksne personer som stammer har vært gjennom omfattende stammebehandling gjennom barne- og ungdomsårene uten at dette har hatt noen permanent effekt; overføring og vedlikehold av behandlingseffekt er ansett som en stor utfordring for behandling av stamming hos skolebarn (Finn, 2003). Det kan derfor hende at klienter som har erfaring med ineffektiv stammebehandling har lave forventninger til effekten ved oppstarten av en ny behandlingsperiode. At klienten tidlig i prosessen får oppleve mestringserfaringer, kan derfor være viktig for å skape positive forventninger til behandlingen. Slike mestringserfaringer kan

også fremme forventningen til at en selv har evnene som trengs for å endre stammingen. Dette er tett knyttet til mestringstro.

Forventninger til egen gjennomføringsevne: mestringstro

Mestringstro er den norske oversettelsen av Alfred Banduras begrep «self-efficacy». Bandura Bandura (1986, p. 391) definerer dette som «people's judgements of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performances». Mestringstro er altså egne vurderinger av sine evner til å mestre en spesifikk oppgave, og ikke et uttrykk for generell selvtillit eller selvoppfattelse. Personer med høy mestringstro rundt en oppgave jobber hardere med denne oppgaven og gir mindre lett opp dersom oppgaven synes vanskelig sammenlignet med personer med lav mestringstro (Bandura & Cervone, 1983; Schunk et al., 2014). Når mestringstroen er høy, vil også personer velge oppgaver som er mer utfordrende og som videreutvikler deres ferdigheter og evner (Bandura, 1997). En person som ikke tror at han eller hun vil mestre en bestemt oppgave, vil på den andre siden sannsynligvis ikke prøve oppgaven, og får derfor aldri muligheten til å oppleve mestring av denne. Slik får personen heller ikke mulighet til å revidere mestringstroen knyttet til denne oppgaven, da mestringserfaringer er en viktig kilde til mestringstro (Bandura, 1986). Slik påvirker mestringstro både valg av aktiviteter, grad av innsats som blir lagt ned i aktiviteten og utholdenheten i møte med motgang.

Negative tanker og holdninger rundt egen tale og egen kommunikasjonskompetanse er et vanlig trekk hos voksne som stammer (Yairi & Seery, 2015). Det er også påvist at ungdommer som stammer har lavere mestringstro knyttet til egen tale sammenlignet med jevnaldrende som ikke stammer (Bray, Kehle, Lawless, & Theodore, 2003). Arbeid for å øke klientens mestringstro knyttet til egen tale og kommunikasjon vil kunne øke motivasjonen for å jobbe med aktiviteter knyttet til dette både i og utenfor behandlingsprosessen. Finn (2003) peker på mestringstro som en viktig faktor for generalisering og overføring i stammebehandling. Han forslår at det jobbes direkte mot konkrete situasjoner i dagliglivet for å øke mestringstroen knyttet til spesifikke talesituasjonene. Dersom klienten har lav mestringstro knyttet til en aktivitet i hverdagen, bør det jobbes mer med oppgaven sammen med logopeden før det overføres til dagliglivet. Dette vil være med å skape trygge rammer og øke sannsynligheten for en vellykket overføring. Det er viktig at klientene anerkjenner at forandringer i behandlingen er relaterte til deres egne ferdigheter og innsats, og ikke bare hva

logopeden gjør (Finn, 2003). Dette blir stadig viktigere utover i behandlingsforløpet når klienten må ta økende ansvar for trening utenfor behandlingskonteksten, og selvregulering spiller en større rolle.

2.4 Sosial støtte

Hvordan personer som stammer vurderer sin egen tale krever overvåking av taleferdighetene og tilgjengelige ressurser for å løse eventuelle problemer (Manning, 2010). Ressurser som penger, individuelle ferdigheter, fysisk helse, energi og generell optimisme er viktige faktorer med tanke på hvordan man tilnærmer seg et problem. Sosiale ressurser inkluderer tilgangen på sosiale nettverk som kan gi informasjon og emosjonell støtte. En vedvarende involvering fra familie og venner kan være en betydningsfull støtte for å fremme og skape gode forhold for suksessfull endring. I Johnson et al. (2016) sin gjennomgang av kvalitativ forskning på stammebehandling ble det funnet at støtte fra andre hadde betydning for klientenes aksept av stammingen og for å fullføre behandlingen. Manning (2010) trekker også frem betydningen av støtte fra personer eller grupper rundt klienten. Logopeden kan være en slik støtteperson, men det kan også trekkes inn nærpå personer i behandlingen, for eksempel ved at de læres opp til å legge merke til, og anerkjenne, positive endringer. Flere studier i Johnsons gjennomgang inkluderte nærpå personer i behandlingssituasjonen (Johnson et al., 2016). Det så likevel ikke ut til å være enkelt for nærpå personer å delta i behandlingen dersom ikke logopeden oppmuntret til det, eller dersom nærpå personens tilstedeværelse distraherer klienten. Generelt ser det ut til at støttende relasjoner kan gi positive virkninger for klientene, blant annet ved å gjøre dem i stand til å være åpne om problemene med andre, gi økt velvære og motivasjon for å fullføre aktiviteter (Craig, Blumgart, & Tran, 2011) Åpenhet og evne til å kommunisere erfaringene knyttet til stammingen kan i seg selv gi positive virkninger og ha en terapeutisk effekt (Johnson et al. 2016).

3 Metode

3.1 Metodevalg – Kvalitative intervju

Da vi gikk inn i samarbeidet med prosjektleder for hovedprosjektet *Stammebehandling – hva hjelper for hvem?*, var det allerede lagt føringer som var avgjørende for vårt metodevalg. Som beskrevet i kapittel 1.1., var vår rolle før og under datainnsamlingen todelt. På den ene siden skulle vi samle inn kvalitative intervjudata for å komplementere de kvantitative dataene i hovedprosjektet. De kvalitative dataene skulle belyse et bredt spekter av betraktninger, erfaringer og opplevelser knyttet til å være deltaker i denne studien. På den andre siden skulle vi samtidig samle inn data til vårt eget masterprosjekt. Under forarbeidet og gjennomføringen av datainnsamlingen jobbet vi etter arbeidsproblemstillingen «Hvilke erfaringer har voksne som stammer med individrettet logopedisk stammebehandling?», i samsvar med det brede fokuset til hovedprosjektet. Samtidig jobbet vi etter to smalere underproblemstillinger som var relatert til vårt masterprosjekt: «Hvordan opplever deltakerne samarbeidet med logopeden, og mer spesifikt opplevelser knyttet til beslutningsprosesser og timingen i behandlingen?» og «Hvordan opplever deltakerne overføringen fra den logopediske behandlingen til hverdagen?» Datamaterialet som ble innsamlet gjennom intervjuene er felles for hovedprosjektet og masterprosjektet, men analysen vår og det videre arbeidet vårt er adskilt fra hovedprosjektet. I analysearbeidet valgte vi å fokusere på overføringsaspektet av logopedisk stammebehandling, og har jobbet etter følgende problemstilling: «Hvilke erfaringer har deltakerne med overføring av behandlingselementer de har tilegnet seg i logopedisk stammebehandling?»

Både arbeidsproblemstillingen og den spissede problemstillingen er rettet mot erfaringsaspektet av å delta i et prosjekt der deltakerne har mottatt logopedisk stammebehandling. I arbeid med denne typen problemstillinger er metoden semistrukturerte kvalitative forskningsintervju et egnet valg. Dalen (2011, p. 13) slår fast at «det kvalitative intervjuet er spesielt godt egnet for å få innsikt i informantenes egne erfaringer, tanker og følelser». Intervju åpner for en dypere innsikt i deltakernes erfaringer enn for eksempel strukturerte spørreskjema, der de må velge mellom forhåndsdefinerte kategorier. Våre intervju var semistrukturerte i den forstand at de hverken var stramt strukturerte eller helt åpne. Vi fulgte en intervjuguide med spørsmål (vedlegg 4), og vi ønsket å dekke alle spørsmålene i

guiden. Samtidig ønsket vi å følge opp og få utdypet svarene som deltakerne ga, og slik kunne vi bevege oss utenfor rammene av intervjuguiden.

3.2 I forkant av datainnsamling

3.2.1 Rekruttering og utvalg

Det var i utgangspunktet 28 personer som meldte seg med et ønske om å delta i forskningsprosjektet som vår studie er en del av. Noen måtte ekskluderes på grunn av store geografiske avstander, og noen måtte trekke seg av andre årsaker. Utvalget i hovedprosjektet bestod derfor av 18 deltakere som ble delt inn i to grupper, basert på hvor åpen eller skjult stammingen er. Inndelingen ble i stor grad basert på deltakernes egne vurderinger av stammingen sin. Den praktiske delen av vårt masterprosjekt har bestått i å intervju gruppen med størst grad av åpen stamming. Det var seks deltakere i denne gruppen som takket ja til å bli intervjuet, og én som takket nei. Vi fikk kontaktinformasjon til de seks deltakerne som takket ja av lederen for hovedprosjektet, og vi tok kontakt med dem via e-post. Vårt utvalg består av fem menn og én kvinne. Alderen varierer fra 20-årene til 60-årene. Alle stammet åpent, men graden av stamming varierte likevel, fra lette repetisjoner og blokkeringer til harde blokkeringer med synlig kamp og strev.

Som nevnt takket én person nei til å bli intervjuet. Dersom dette har ført til et skjevt deltakerutvalg, kan det ha svekket validiteten til våre funn. Et eksempel på en mulig skjevhet er dersom det var deltakerne som hadde de mest positive erfaringene med prosjektdeltakelsen som var mest tilbøyelige til å takke ja til intervju. Deltakeren som takket nei til å bli intervjuet hadde ikke vært motivert for å bli med i prosjektet i utgangspunktet. Han hadde blitt overtalt til å bli med av slektninger, og hadde videre heller ikke vist et stort engasjement som deltaker i prosjektet.

3.2.2 Utarbeiding av intervjuguide

Det finnes få standardregler eller prosedyrer når det gjelder planlegging og gjennomføring av intervjustudier. Mye av metoden avhenger av intervjuerens sensitivitet overfor det som kommer frem, og valg som tas, underveis i intervjuet (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). En godt gjennomarbeidet intervjuguide vil kunne være med å forberede

intervjueren, og vil hjelpe intervjueren å dekke sentrale områder som skal belyses i studien (Dalen, 2011). Siden intervjuene skulle foregå på oppdrag fra forskningsprosjektet som beskrevet tidligere, ble intervjuguiden utformet i samarbeid med lederen for prosjektet. Formålet med intervjuene var å undersøke deltakernes opplevelser av nytteverdien ved å delta i forskningsstudien. Som nevnt under 3.1., ønsket vi også å undersøke hvordan deltakerne opplevde beslutningsprosessene og overføringsfasen av behandlingen, og føyde derfor spørsmål knyttet til dette. Intervjuguiden bærer likevel preg av at dette masterprosjektet er en del av et større prosjekt, og omhandler dermed flere tema som ikke er relevante for denne masterstudien. Intervjuguiden består av tre hoveddeler som til sammen dekker ulike aspekter ved behandlingen. Første del av intervjuguiden handler om bakgrunnen for deltakelsen og om tiden før deltakelsen. Intervjuguidens andre del består av spørsmål knyttet til erfaringer og opplevelser under behandlingen. Siste del handler om tiden etter behandlingen. Den kronologiske rekkefølgen ble valgt for å gi guiden en viss struktur og dermed sikre at vi fikk dekket de ulike aspektene og fasene i deltakelsen. Vi ønsket å få mest mulig rike beskrivelser av deltakerne, noe også Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler. Hovedspørsmålene i intervjuguiden er derfor åpne og deskriptive: «Hvis du skulle gi en kort beskrivelse av hva dere har gjort i timene med logopedens så langt, hva vil du si da?» For å få en dypere forståelse for hvordan behandlingen opplevdes for deltakerne ble dette spørsmålet fulgt opp med: «Synes du logopedoppfølgingen har vært noe til hjelp for deg?» Noen vil kanskje kalle dette spørsmålet ledende, og bruken og virkningen av ledende spørsmål blir ofte diskutert når det gjelder intervjustudier (Kvale et al., 2015). Kvale og Brinkmann (2015) argumenterer imidlertid for at ledende spørsmål er godt egnet i kvalitative forskningsintervjuer, og heller er for lite enn for mye brukt. Ledende spørsmål trekkes frem som en styrke, og det blir hevdet at det vil være med å verifisere fortolkningen av svarene og styrke reliabiliteten i studien. Også andre spørsmål var av en ledende karakter, men de ble fulgt opp med utdypende spørsmål for å få rikere og mer inngående beskrivelser: «Vil du si at timene med logopedens påvirket hvordan du jobbet med stammingen? På hvilken måte?»

For å hjelpe deltakerne til å huske tilbake til ulike hendelser og episoder fra behandlingen formulerte vi noen spørsmål hvor det blir gitt ledetråder. Ledetråden ble knyttet til spesifikke hendelser: «Hvis du prøver å huske tilbake til da du kom til Bredtvet og møtte logopedens første gangen, hvordan vil du beskrive det møtet?»

For å ivareta intervjudeltakerne på et menneskelig plan åpner intervjuguiden med informasjon om hensikten med intervjuet. På samme måte avrundes intervjuguiden med noen oppsummerende spørsmål. Deltakerne får også anledning til å tilføye informasjon eller tanker som ikke har kommet frem i løpet av intervjuet. Intervjuguiden avsluttes med å takke deltakerne for intervjuet og for bidraget. Denne avrundingen er viktig for å være med å bidra til at deltakerne kan gå fra intervjuet med en god følelse, da noen gjerne kan kjenne på en tomhet og usikkerhet etter å ha åpnet om personlige følelsesmessige opplevelser i en slik setting (Kvale et al., 2015).

3.2.3 Prøveintervju

Som nevnt i forrige underkapittel er det få fastsatte prosedyrer og regler for gjennomføringen av et kvalitativt forskningsintervju, da mye avhenger av forskeren under intervjuet. Det er likevel noen metoder og strategier som kan gjennomføres. Utarbeiding av intervjuguide er én metode, gjennomføring av prøveintervju er en annen. Kvale og Brinkmann (2015) ser på forskningsintervjuet som et håndverk som må læres, og den beste måten å lære det på er ved å gjennomføre intervjuer. Før vi satte i gang med selve intervjuene til prosjektet, gjennomførte vi derfor et prøveintervju. For å gjøre prøveintervjuet mest mulig likt de senere intervjuene, intervjuet vi en person som stammer selv, og som har vært gjennom ulike behandlingsmetoder for stammingen. Under prøveintervjuet vekslet vi på å stille spørsmål, slik at begge fikk prøvd å være i intervjurollen ved å lytte og stille oppfølgingsspørsmål. Vi opplevde at prøveintervjuet gjorde oss tryggere som intervjuere, blant annet ved at vi fikk testet ut det tekniske og praktiske ved å gjennomføre intervjuet, men også ved at vi fikk øve på å stille spørsmål fra intervjuguiden. Det var også en fordel at vi fikk øvd oss på å stille oppfølgingsspørsmål. På denne måten er prøveintervjuet med på å styrke reliabiliteten til resultatene våre. Vi fikk i større grad en forståelse for hvordan spørsmålene kunne oppleves. Vi ble oppmerksomme på at noen av spørsmålene var veldig like, og endret to spørsmål etter prøveintervjuet. Et spørsmål ble delt opp i to nye spørsmål, mens et annet ble fjernet. Deltakeren i prøveintervjuet mente det var mulighet for at spørsmålene kunne oppleves som nærgående. Vi ble derfor mer bevisste på hvordan vi skulle stille spørsmål og være var på signaler som intervjudeltakeren sender ut. Vi ble også ekstra bevisste på å informere om at det er lov å unnlate å svare på spørsmål. Dalen (2011) anbefaler at vi lytter gjennom prøveintervjuet for å lære av hvordan vi hadde gjennomført intervjuet. Dette lot seg dessverre ikke gjøre for oss, da vi hadde avtalt første intervju allerede dagen etter, og det ikke var mulig

å gjennomføre intervjuet på noen andre tidspunkt. Det var heller ikke mulig å få gjennomført prøveintervjuet på et tidligere tidspunkt. En slik gjennomlytting og analyse av prøveintervjuene ville gjort oss enda bedre forberedt til intervjuene, og på denne måten styrket reliabiliteten og validiteten til resultatene ytterligere.

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført på ulike steder i Oslo. Ved noen intervju hadde vi muligheten til å være tidlig på intervjurommet for å gjøre forberedelser, som å tenke gjennom plassering av intervjudeltaker i rommet, og å ordne i stand vann til deltakerne. Ved andre intervju var det deltakerne som fant rommet for oss eller møtte opp før oss, noe som ikke ga oss tid til å gjøre klart rommet på forhånd. Vi opplevde at tid til forberedelse ga mer ryddige rammer rundt intervjuet og en mer avslappet start. En taleopptaker ble brukt for å ta opp hvert intervju. Denne var av høy kvalitet og sikret en god representasjon av hva som ble sagt verbalt av alle parter under intervjuet. Varigheten på hvert intervju var fra ca. 50 minutter til ca. to timer. Faktorer som kan ha påvirket varigheten er blant annet hvor mye deltakerne hadde å si om de ulike emnene, i hvilket omfang vi stilte oppfølgingsspørsmål og i hvor stor grad deltakerne stammet; enkelte deltakere brukte lang tid på å uttrykke seg på grunn av langvarige eller hyppige stammeøyeblikk. Deltakerne fikk tilbud om å ta pause underveis, noe én deltaker benyttet seg av. Å ta pause i flere av intervjuene kunne ha bedret kvaliteten på flere av intervjuene, da opptil to timer med intervju var krevende for både intervjuere og deltakere. Vi merket at konsentrasjon ofte var svakere på slutten av intervjuene. På den andre siden kunne pauser ha gitt unødige brudd i velflytende samtaler.

Vi var begge til stede under alle intervjuene, men byttet på å være hovedintervjuer. Hovedintervjuer hadde ansvaret for selve gjennomføringen av intervjuet og spørsmålstilling med utgangspunkt i intervjuguiden. Biintervjuer kontrollerte at hovedspørsmålene i intervjuguiden ble dekket, og kom med supplerende og oppklarende spørsmål underveis og på slutten av intervjuet. Målet med denne arbeidsfordelingen var at deltakerne skulle få forholde seg primært til én person under samtalen, noe som kan oppleves som mindre stressende enn å forholde seg til to fremmede personer samtidig. I tillegg fikk vi som intervjuere frigjort kapasitet ved at biintervjueren kunne konsentrere seg om å oppdage uklarheter og komme

med nyttige supplerende spørsmål i stedet for å delta i aktiv samhandling med deltakeren. Hvorvidt denne arbeidsdelingen og bytte av roller kan ha påvirket kvaliteten på vår studie, drøftes i underkapittel 2.5.2 Reliabilitet.

I forkant av intervjuene planla vi at bare biintervjuer skulle ha intervjuguiden foran seg for at hovedintervjuer kunne føre en så naturlig samtale som mulig. Vi kom likevel fram til at den omfattende mengden av spørsmål i intervjuguiden gjorde det vanskelig å huske hvilke hovedspørsmål som skulle dekkes, og at hovedintervjuer derfor også kunne sitte med intervjuguiden foran seg under intervjuet. Dette førte til at intervjuene ble forholdsvis strukturerte, da de aller fleste spørsmålene i intervjuguiden ble stilt i mer eller mindre fast rekkefølge. Vi prøvde likevel å være åpne for tema som deltakerne tok opp, og å stille utdypende og oppfølgende spørsmål.

Noe annet vi hadde planlagt i forkant av intervjuene, var å begrense personfokuset på lederen for hovedprosjektet, som også var den som gjennomførte oppfølgingstimene med deltakerne. Derfor ønsket vi å referere til henne som «logopeden» i stedet for å bruke navnet hennes i intervjusituasjonen. Dette viste seg å være vanskelig, da deltakerne naturlig brukte navnet hennes. Vi fant det også nødvendig å bruke navnet for å differensiere mellom henne og andre logopeder som deltakerne hadde gått i behandling hos. Det kan tenkes at dette kan ha gjort deltakerne mindre tilbøyelige til å ytre kritikk mot logopeden eller den logopediske oppfølgingen. Det faktum at deltakerne var bevisste på vårt samarbeid med lederen for hovedprosjektet kan også ha gjort dem mer forsiktige i sin kritikk, uavhengig av om vi brukte navn eller tittel. Begge disse mulighetene kan ha svekket validiteten til våre resultater.

I etterkant av datainnsamlingen ser vi at vi kunne ha gjort ting annerledes i selve gjennomføringen av intervjuene. Vi lot ved enkelte anledninger muligheten til utdypende og meningskontrollerende spørsmål angående overføring gå fra oss, noe som kan ha svekket grunnlaget for analysen og slik også svekket validiteten til resultatene våre. En årsak til at vi i etterkant ser at vi kunne ha stilt andre typer oppfølgingsspørsmål, er at vi tok valget om å spisse problemstillingen til å utelukkende handle om overføring, i etterkant av intervjuene. I forkant av og underveis i intervjuet var vi også interessert i beslutningsprosesser i behandlingen, og stilte derfor også oppfølgingsspørsmål knyttet til dette temaet. At mange tema ble tatt opp i intervjuene som har ingen eller liten relevans for vår endelige problemstilling, er også et resultat av vår dobbeltrolle som prosjektassistenter i hovedprosjektet og selvstendige mastergradsstudenter. Vårt oppdrag som prosjektassistenter

var å samle bred informasjon om deltakernes erfaringer og opplevelser knyttet prosjektdeltakelsen, noe som innebar et annet fokus enn dersom vi hadde gått inn i intervjuene med en intervjuguide som var mer spisset mot ett tema. På grunn av disse spørsmålene fikk vi en del svar som ikke var interessante for vår analyse av datamaterialet. Dersom tidsrammene for mastergradsprosjektet hadde tillatt dette, hadde det vært aktuelt å gjennomføre oppfølgingsintervjuer for å tømme temaet om overføring ytterligere.

Det var også faktorer utenfor selve intervjusituasjonen som påvirket kvaliteten på intervjuene. I ett av intervjuene ble vi avbrutt av en vakt, i et annet av en telefon som ringte. Ved det første tilfellet førte avbrytelsen til fullstendig stopp i intervjuet og skifte av tema, noe som kan ha ført til tapt informasjon. Hendelser som dette kan også ha vært med på å svekke validiteten til våre funn.

3.3.2 Skrivning av refleksjonsnotat

Etter hvert intervju skrev vi umiddelbart ned notater av tanker om intervjuet, hvordan intervjusituasjonen var og hva som eventuelt kan ha påvirket intervjuet i ulike retninger. Disse refleksjonene var en støtte for å kunne evaluere hvert intervju. Refleksjonsnotatene kan også ha bidratt til økt validitet ved at disse hjalp oss til å tenke over hva som kunne forbedres til de neste intervjuene.

3.4 Bearbeiding av datamaterialet

3.4.1 Transkripsjon

For å styrke reliabiliteten utarbeidet vi en detaljert transkripsjonsnøkkel til bruk i transkriberingen (vedlegg 5). Første del av transkriberingen gjorde vi sammen for å få en felles forståelse for hvordan vi skulle gjøre det. Vi forsøkte å transkribere intervjuene innen en uke etter gjennomføringen, for å ha kontekst og situasjon i minnet. Vi noterte også relevante tilleggsopplysninger underveis i transkripsjonen.

Transkripsjonene ble skrevet i normert bokmål for økt lesbarhet og for å ivareta deltakernes anonymitet. Vi anser heller ikke dialekten til deltakerne for å være relevant for vårt tema, da det er meningen som er interessant for oss. Stammeøyeblikk ble også utelatt for å øke lesbarheten og av etiske grunner, da vi tenker at det kan virke stigmatiserende for gruppen

«voksne personer som stammer». For at transkripsjonen skal reflektere den faktiske talen tok vi med ufullstendige setninger og fyllord som «eh» og «altså». Hørbare følelsesuttrykk som latter og gråt ble tatt med i parentes for å berike og støtte tolkningen av deltakernes ytringer. Andre følelsesuttrykk uttrykt gjennom ansikts- og kroppsspråket ble ikke tatt med da vi valgte lydopptak fremfor videopptak. Vi valgte å utelate trykk og intonasjon fra transkripsjonen, men ved noen tilfeller noterte vi ord som intervjudeltakerne legger trykk på. Dette er tilfeller hvor de legger vekt på et ord for å forsterke ordets betydning i setningen, hvor vi mener trykket er viktig for meningen i ytringen. Intervjuerne gir en jevn strøm av verbale respons, særskilt «mhm». Vi valgte å ikke ta med alle disse minimale responsene i transkripsjonen da de stykker opp deltakernes svar unødvendig, reduserer lesbarheten og bidrar lite til innholdet i intervjuernes fortellinger. I noen tilfeller skrev vi om det intervjudeltakerne sa av anonymiseringshensyn.

Sitatene som brukes i artikkelens resultatdel er blitt gjort mer grammatiske for å øke lesbarheten, og noen sitater er også kortet ned. Det er likevel lagt vekt på at meningsinnholdet i sitatene skal være likt det som står i transkripsjonene.

3.4.2 Koding og analyse

Analysen av intervjudataene baserer seg på Dalens (2011) beskrivelse av fem trinn man kan benytte for å analysere meningen i et intervju. Vi startet med å lese gjennom det transkriberte materialet hver for oss for å få et helhetlig blikk på materialet. Deretter gikk vi gjennom transkripsjonene og kodet materialet hver for oss. En av oss kodet på papir, mens den andre kodet i behandlingsprogrammet NVivo 11 (Versjon 11, QSR International Pty Ltd., 2015). Som Dalen (2011) beskriver, er formålet med det første kodingssteget å identifisere begreper som senere kan samles i kategorier. Denne første kodingen var slik helt åpen, uten spesielle tanker om hva som kunne være med å styrke overføringen eller ikke. Dette tok vi stilling til senere i analyseprosessen. Nedenfor er et sitat fra en av deltakerne i intervjuet som beskriver hvordan hun og logopedens jobbet underveis i stammebehandlingen:

Det var jo mye stammetema. Det dreide seg mye om det. Men ellers var vi innom alt, men det er jo det som er bra også, når man skal jobbe med stamming, at det blir likt hverdagen. At vi snakket slik som man snakker.

Dette sitatet ble kodet *Bruk av den hverdagslige samtalen i behandlingen* av en av oss og *Bruk av den sosiale arena som treningsplass* av den andre. Den påfølgende kodingen ble gjort

sammen ved bruk av NVivo (Versjon 11, 2015). Kodene ble ordnet i et trenodesystem. Da vi i neste steg gikk gjennom kodene sammen, ble koden *Bruk av den hverdagslige samtalen i behandlingen* stående igjen ved dette sitatet. Flere sitater som ble kodet *Bruk av den hverdagslige samtalen i behandlingen* ble deretter samlet i en kategori med samme navn. Deretter gikk vi gjennom materialet en gang til, og utarbeidet flere overordnede kategorier: *faktorer ved behandlingen, faktorer ved logopeden, faktorer ved deltakeren og faktorer knyttet til familie og venner*. Sitatet ovenfor ble da kategorisert som en *faktor ved behandlingen*. I det neste steget av analysen ble datamaterialet i de overordnede kategoriene gjennomgått en gang til. Denne gangen kodet vi kun med tanke på hva som kunne støtte overføringen og som kunne sees som barrierer for overføringen. Sitatet ovenfor ble kategorisert som en *støtte* for overføringen. Datamaterialet som ikke ble kodet som støtte eller barriere innenfor de ulike hovedkategoriene ble fjernet fra trenodene og lagt i frie noder i NVivo (Versjon 11, 2015). De endelige kategoriene og underkategoriene kan sees samlet i vedlegg 6. I det siste nivået av analysen så vi innholdet i de ulike kategoriene i lys av teoretiske aspekter og relevante forskningsresultater.

3.4.3 Reliabilitet

Kvale og Brinkmann (2015, s. 276) skriver at «Reliabilitet har med forskningsresultatens konsistens og troverdighet å gjøre. Reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere». Ved semistrukturerte kvalitative forskningsintervju vil individuelle særtrekk ved både intervjueren, intervjudeltakeren og situasjonen for øvrig spille inn på hvordan intervjuet forløper og derfor også på hva resultatet blir. Konsistensen mellom de ulike intervjuene blir derfor lavere ved slike intervju enn ved standardiserte metoder for datainnsamling der det er mindre rom for improvisasjon fra forskerens side. Vi har byttet på å være hovedintervjuer, og våre ulikheter i personlighet og intervjustil kan ha spilt inn på hvilke spørsmål ble stilt og på hvilken måte og hvordan vi ga responser. Likevel har vi hatt intervjuguiden som en tydelig rettesnor i alle intervjuer, og det er derfor ikke betydelige forskjeller mellom oss to som intervjuere angående hvilke spørsmål som ble stilt. Variasjonene ligger hovedsakelig i oppfølgings- og utdypingsspørsmålene. Vi har begge vært til stede, og derfor har hatt mulighet til å stille denne typen spørsmål, under alle intervjuene. Dette kan ha veid noe opp for den svekkede konsistensen mellom intervjuene som følger av å ha hatt ulike hovedintervjuere.

Når det gjelder konsistensen mellom transkripsjonene, kan denne også ha blitt svekket av at vi hovedsakelig transkriberte ulike intervjuer hver for oss. Faktorer som kan ha motvirket dette er bruk av en detaljert transkripsjonsnøkkel (vedlegg 5), og at vi transkriberte de første minuttene av det første intervjuet i fellesskap. På tross av dette har vi tatt en del individuelle skjønsmessige vurderinger under transkripsjonene, for eksempel i forbindelse med tegnsetting. Dette skal likevel ikke ha påvirket meningsinnholdet i transkripsjonene.

Troverdighetsaspektet av reliabilitetsbegrepet henger også sammen med at forskingsprosessen skal være etterprøvbart. I kvalitativ forskning vil dette bety at andre forskere skal kunne følge og vurdere de ulike enkelte leddene i forskingsprosessen (Dalen, 2011). For å imøtekomme dette kravet har vi hatt som mål å kunne gi transparente beskrivelser av alle stegene i vår forskingsprosess, jf. underkapitlene 2.2–2.4.

3.4.4 Validitet

Forskningsresultater kan anses som valide dersom de er gyldige; dersom de faktisk reflekterer fenomenet som undersøkelsen har hatt som mål å undersøke (Kvale et al., 2015). Kvale og Brinkmann (2015) anser validitet som håndverksmessig kvalitet. Derfor skal det gjennomsyre hele forskingsprosessen, ikke bare sluttproduktet. Dette samsvarer godt med Maxwell (1992) kategorier for validitet i kvalitative studier: deskriptiv validitet, tolkningsvaliditet, teoretisk validitet og generaliserings- og evalueringsvaliditet. Til sammen dekker disse kategoriene ulike deler av prosessen. Med utgangspunkt i disse kategoriene vil vi nedenfor diskutere validiteten i vår studie. Evalueringsvaliditet vil ikke bli drøftet da dette ikke er relevant for denne studien.

Deskriptiv validitet

Deskriptiv validitet handler om datainnsamlingen og graden av pålitelighet i vår gjengivelse av intervjusituasjonen (Maxwell, 1992). Dette har også sammenheng med reliabiliteten i studien, for eksempel ved at vi som to ulike personer kan ha transkribert intervjuopptakene noe ulikt, som diskutert ovenfor. I underkapitlene 2.2.2–2.4.1. ovenfor har vi forklart forarbeidet til og gjennomføringen av intervjuene samt transkriberingen av opptakene. I alle disse leddene i prosessen har vi arbeidet for best mulig deskriptiv validitet.

Tolkningsvaliditet

Tolkningsvaliditet omhandler hvor valide våre tolkninger av deltakernes utsagn er, ut fra deres

perspektiv; at vi har tolket dem riktig i den forstand at vi har forstått hva de mener med sine beskrivelser (Maxwell, 1992). Tidsrammene for dette masterprosjektet tillot ikke at intervjudeltakerne fikk kontrollert og validert våre fortolkninger av deres utsagn, noe som innebærer en risiko for uoppdagede feiltolkninger fra vår side. Tolkningen av utsagn må også skje i lys av konteksten, for eksempel andre utsagn fra samme deltaker (Dalen, 2011). Dette tilstrebet vi å gjøre i vårt tolkningsarbeid, særlig på analysestadiet. Valideringen av våre tolkninger skjedde også fortløpende under intervjuene, ved at vi kontrollerte vår forståelse med spørsmål og egne tolkninger som deltakerne deretter kunne bekrefte, avkrefte eller utdype. At intervjuene ble gjennomførte på oppdrag fra forskningsprosjektet *Stammebehandling – hva hjelper for hvem?* kan ha svekket validiteten da det underveis i intervjuet måtte fokuseres samtidig på å skaffe data til både forskningsprosjektet og vår egen studie. Disse to prosjektene hadde ulikt tematisk fokus og formål. Det gjorde at en del valg måtte tas angående hvilke oppfølgingsspørsmål som ble stilt, noe som førte til at vi ikke fikk utdypet overføringserfaringene i like stor grad som vi ellers ville gjort. I analysedelen av forskningsprosessen abstraherte og fortolket vi deltakernes utsagn ytterligere.

Teoretisk validitet

Teoretisk validitet innebærer i hvilken grad sammenhengene som trekkes mellom datamaterialet og teori er relevante og gyldige (Maxwell, 1992). Det inkluderer validiteten til de teoretiske konstruksjonene som vi har tatt med oss inn i prosjektet i form av vår forforståelse av stamming og logopedisk stammebehandling, og som har påvirket utformingen av intervjuguiden og gjennomføringen av intervjuene (Maxwell, 1992). Vår forforståelse av stamming var, i tillegg til grunnleggende teoretisk kunnskap om stamming og stammebehandling, preget av våre tidligere møter med voksne som stammer. Disse møtene hadde vi fått gjennom praksis, observasjon av McGuire-kurs og prosjektarbeid om erfaringer med deltakelse i McGuire-programmet. Møtene inneholdt fortellinger om stamming som en kompleks vanske, og om utfordrende opplevelser og tøffe perioder preget av negative følelser. Slik gikk vi inn i arbeidet med masterprosjektet med en oppfatning av at det er vanskelig å være voksen og stamme, og at behandling av stamming for voksne er en kompleks oppgave. Dette kan ha påvirket våre intervjuer, og kanskje også våre tolkninger, på måter vi ikke selv er bevisste over.

Også forklaringer av funn i datamaterialet på grunnlag av teoretiske perspektiver må være logiske og tydelige, og de må kunne gi en teoretisk forståelse av de studerte fenomenene

(Dalen, 2011). I vår diskusjon av resultatene i artikkelen vil de faktorene som ble identifiserte som mest relevante for overføring bli diskuterte i relasjon til hverandre, samt hvordan disse resultatene kan knyttes til eksisterende forskning og teori på feltet. Slik løftes datamaterialet til et mer teoretisk nivå enn rene beskrivelser og gjengivelser av deltakernes utsagn.

Generaliseringsvaliditet

Når det gjelder generaliseringsvaliditet, er ikke generalisering fra et utvalg til en populasjon et mål i kvalitativ forskning på samme måte som det er i kvantitativ forskning (Maxwell, 1992). Vi kan ikke si noe om hvordan de fleste voksne som stammer opplever overføring fra behandling til hverdagslivet basert på beretningene til våre seks deltakere. En dypere forståelse av hvordan en slik overføring kan oppleves av voksne personer som stammer, og hvilke faktorer som potensielt kan støtte eller hemme overføringen, kan likevel gi verdifulle innsikter til både andre personer som stammer og til logoped og andre fagfolk. En analytisk tilnærming til generalisering kan da være relevant. Dette involverer «en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene fra en studie brukes som rettleiding for hva som kan komme til å skje i en annen situasjon, (...) basert på en analyse av likhetene og forskjellene mellom de to situasjonene» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 291). Dette forutsetter «tykke beskrivelser» for å kunne sammenligne situasjonene. Vår oppgave inneholder ikke detaljerte beskrivelser av de enkelte deltakernes karakteristikk, bakgrunn og stamming. Dette er av anonymiseringshensyn, da miljøet av voksne personer som stammer i Norge er relativt lite. Derfor kan generalisering i form av en en-til-en sammenligning mellom deltakerne i denne studien og andre deltakere i stammebehandling være lite hensiktsmessig. På den andre siden belyser resultatene som blir presenterte i oppgavens artikkeldel en rekke faktorer som kan være potensielt støttende eller hindrende i overføringsarbeidet. En leser med personlig kjennskap til personer som stammer kan vurdere i hvilken grad disse faktorene kan spille inn på disse personenes overføringsprosess ut fra denne kjennskapen.

Andenæs (2001) poengterer at generalisering fra generell til partikulær kunnskap også forutsetter at utvalget som det generaliseres ut fra er bredt nok sammensatt til å speile individuelle variasjoner relevante for fenomenet. Demografisk sett var deltakergruppen i denne studien bredt sammensatt når det gjelder alder og utdanningsbakgrunn, mens variasjonen var mindre angående kjønn og etnisitet; bare en av deltakerne var kvinne, og ingen hadde innvandrerbakgrunn. Deltakere hadde mange likhetstrekk i sine opplevelser og erfaringer av både stammebehandlingen og overføringen til hverdagen. Likevel var de svært

forskjellige både som personer og vedrørende grad av stamming, hvordan stammingen kom til uttrykk og hvilke tanker og følelser de hadde rundt stamming. Noen hadde også opplevd en større overføringseffekt enn andre, og de hadde noe ulike opplevelser av hva som fungerte som støtter og barrierer for overføring. Denne variasjonen kan gjøre resultatene våre mer interessante for eventuell generalisering, men man kan også hevde at et enda mer sammensatt utvalg hadde gjort det mer interessant. Dessuten er det uklart hvor representativ behandlingen de har fått er for logopedisk stammebehandling av voksne generelt, både i behandlingstilnærming og omfang. Det er eventuelle lesere som i siste instans må avgjøre hvor anvendelige våre resultater er for dem (Andenæs, 2001).

3.5 Etiske overveielser

Kvale og Brinkmann (2015) gjennomgår etiske problemstillinger man bør overveie i ulike stadier av et forskningsprosjekt: *tematisering, planlegging, intervjusituasjonen, transkribering, analysering, verifisering og rapportering*. Vår gjennomgang av etiske overveielser som har vært viktige for vårt prosjekt, tar utgangspunkt i Kvale og Brinkmanns stadier, men også de etiske retningslinjene som er utarbeidet av *De nasjonale forskningsetiske komitéene (2014)*, og den etiske veiledningen som er utarbeidet spesielt for kvalitative studier innenfor medisin og helsefag (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010)

I startfasen av dette prosjektet tenkte vi over hva som skulle være formålet med prosjektet og vurderte samtidig om prosjektet var etisk forsvarlig overfor gruppen «voksne som stammer». Vi mener at økt kunnskap om erfaringer med logopedisk stammebehandling og overføring til dagliglivet vil gagne denne gruppen, og at prosjektet dermed er etisk forsvarlig. Samtlige intervjudeltakere ytret også et ønske om å bidra til mer kunnskap om stammebehandling, og flere trakk dette frem som en viktig grunn til å delta i forskningsprosjektet og i intervjuet som vi gjennomførte.

Deltakerne i vår masterstudie ble rekruttert via hovedprosjektet. Deltakerne ble forespurt av lederen for hovedprosjektet da behandlingsperioden var over om de ønsket å bli intervjuet. Én av deltakerne ytret da et ønske om å ikke bli intervjuet. Selv om deltakerne hadde takket ja til å delta i vår studie via hovedprosjektet, fant vi det nødvendig å informere skriftlig om hva vår del av prosjektet gikk ut på for å oppfylle kravet om informert samtykke. Vi sendte derfor ut et informasjonsskriv til deltakerne som hadde takket ja til å bli intervjuet, hvor vi informerte

om masterprosjektet og intervjuet (vedlegg 3). Informasjonsskrivet informerte blant annet om at deltakerne kunne trekke seg fra intervjudeltakelsen når som helst uten å oppgi noen grunn. Deltakerne bekreftet over e-post at de fortsatt ønsket å stille til intervju, og vi avtalte tid for gjennomføring av dette. For å gjøre intervjudeltakerne trygge på hva de skulle intervjues om ble det også informert om at de kunne få tilsendt hovedspørsmålene i forkant av intervjuet. To av deltakerne ønsket dette.

Intervjustudier fordrer at deltakerne til en viss grad blottstiller deler av seg selv (NEM, 2010). Det er derfor viktig at forskere opptrer varsomt og ikke graver unødvendig mye i temaer som deltakeren ikke ønsker å snakke om, slik at de ikke skal oppleve at grensene deres blir krenket. Samtidig vil en forsker som viser stor grad av empati og forståelse stå i fare for å skape sterke følelser hos den som intervjues, siden intervjudeltakeren gjerne i større grad åpner opp og forteller om sårbare ting. Tatt i betraktning det kvalitative intervjuets særpreg og vårt møte med ungdom og voksne som stammer fra tidligere, var vi forberedte på at vi kunne komme inn på vanskelige og personlige tema i intervjuet. Ved noen anledninger opplevde vi et dilemma mellom å grave etter mer utfyllende beskrivelser og å anerkjenne at de av ulike grunner ikke ønsket eller ville svare mer konkret eller utfyllende. I disse tilfellene forsøkte vi å vurdere den enkelte deltaker og om spørsmålet var av personlig karakter. Det opplevdes mer etisk forsvarlig å grave i «hva gjorde dere»-spørsmål enn «hvordan har du det»-spørsmål. I forkant av intervjuet ga vi muntlig beskjed om at deltakerne kunne la være å svare på spørsmål underveis for å anerkjenne deltakernes grenser og integritet. Det ble glemt å gi denne informasjonen til én deltaker. Flere deltakere ytret i etterkant av intervjuet at de hadde utbytte av å bli intervjuet. De opplevde at det ga dem mulighet til å trene på behandlingselementer, at de fikk reflektere over nye tema og at de bidro til fagfeltet. Vi kan likevel ikke være sikre på at deltakerne ikke kjente på negative følelser i etterkant av intervjuet, for eksempel en følelse av at de hadde utlevert seg selv for mye.

Siden intervjudeltakerne kan identifiseres gjennom lydopptak, regnes opptakene som sensitive data. Vi sørget derfor for å lagre lydopptakene på en server på Universitetet i Oslo. Lydfilene og de transkriberte intervjuene ble gitt til lederen for hovedprosjektet på en minnepenn kort tid etter at dataene var ferdig samlet inn og transkribert. Lydfilene ble deretter slettet fra vårt område på universitetets server.

I transkriberingen, analysen og presentasjonen av datamaterialet valgte vi å ikke ta med stammeøyeblikkene da det ikke var relevant for temaet vårt, men også fordi det kan føre til ubehag og stigmatisering av gruppen «voksne som stammer». Dette vil også være med å anonymisere deltakerne, siden måten de stammer på kan være avslørende overfor folk som kjenner dem. Siden stammemiljøet i Norge er lite, har det vært viktig å tenke nøye over hvilke opplysninger vi presenterer om deltakerne. Allerede i transkripsjonen anonymiserte vi derfor navn og alder på deltaker og familiemedlemmer, bosted, studiested, yrkestittel og yrkesbeskrivelse. Enkelte andre opplysninger fra deltakerne ble også anonymisert, da folk som kjenner dem, ville kunne identifisert dem. Et annet viktig moment som har vært viktig å tenke over er om deltakerne selv skal være med i tolknings- og verifiseringsprosessen av sine uttalelser. Omfanget og tidsaspektet av vårt masterprosjekt har ikke tillatt dette. Det er likevel vårt etiske ansvar å forsøke å presentere kunnskap som er så verifisert og så korrekt fremstilt som mulig. Begrensninger i vår studie med tanke på disse momentene ble drøftet i 2.5.2 Validitet.

Forskningsprosjektet, som masterprosjektet er en del av, søkte om tillatelse til å gjennomføre studien hos *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* (REK). Søknaden ble senere utvidet til også å gjelde intervjuene som vi gjennomførte. Prosjektet ble godkjent av REK 30. november 2016 (vedlegg 5).

4 Avslutning og implikasjoner

Formålet med denne studien har vært å undersøke hvilke erfaringer voksne personer som stammer har med å overføre det de har lært i logopedisk behandling til hverdagen, og hvilke faktorer som oppleves av deltakerne som støtter og barrierer i overføringsarbeidet. I oppgavens artikkeldel blir studiens resultater presenterte og drøftet. Som artikkelens *Figur 1* (vedlegg 6) viser, ble det ut fra deltakernes erfaringer identifisert en rekke faktorer knyttet til behandlingen, deltakeren, dagliglivet og logopeden som kan fungere som støtter og barrierer i overføringen. Ut fra disse resultatene ble det utledet tre oppsummerende hovedpunkter. Disse innebærer også implikasjoner for logopedisk praksis.

For det første bør sammenkoblingen mellom behandlingssituasjon og dagligliv styrkes. Dette kan skje både ved å trekke inn elementer fra dagliglivet i behandlingen og ved å trekke behandlingselementene inn i dagliglivet. At treningsaktiviteter i størst mulig grad kan inkluderes i hverdagslige aktiviteter og sosiale situasjoner styrker sammenkoblingen mellom behandlingssituasjonen og dagliglivet, og støtter derfor overføringen. I tillegg bør behandlingsmålene og treningsaktivitetene oppleves som personlig relevante for klientens dagligliv, og bør derfor utformes individuelt i samarbeid med klienten.

For det andre bør stammebehandlingen legge til rette for utarbeiding av strategier for selvregulering. En strukturert treningsplan med når, hvor, hvordan og med hvem man skal trene kan øke sannsynligheten for at treningen blir gjennomført. Mange kan også dra nytte av konkrete påminnellesstrategier som bruk av huskereglene og visuelle symboler som man har lett tilgjengelig.

For det tredje bør motivasjon og andre kognitive faktorer være et fokus i behandlingen. Både motivasjon, mestringstro og selvtillit kan økes gjennom at klienten opplever mestringsopplevelser og behandlingseffekt. I artikkelen er faktorer knyttet til relasjonen mellom logoped og klient utelatt, da disse er knyttet til overføring på en mer indirekte måte enn mange av de andre faktorene. Likevel er relasjonsfremmende egenskaper ved logopeden en viktig motivasjonsfaktor for deltakelse i stammebehandling (Irani et al., 2012; L. W. Plexico et al., 2010).

Resultatene av denne studien medfører også implikasjoner for videre forskning. Kvalitative studier kan se nærmere på de ulike faktorene som ble identifiserte i denne studien, for eksempel bruk av det sosiale nettverket i overføringsarbeidet, bruk av symboler og huskereglar til bruk i øving på behandlingselementer, eller bruk av selvreguleringsstrategier i stammebehandling. Også kvantitative forskningsmetoder kan brukes for å kartlegge effekten av ulike støttefaktorer i stammebehandling.

Litteraturliste

- Alm, P. A. (2014). Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: Review and analysis with focus on causality. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 5-21. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.004>
- Andenæs, A. (2001). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. In H. Haavind (Ed.), *Kjønn og fortolkende metode* Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373. <https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Bandura, A., & Cervone, D. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(5), 1017-1028. doi:10.1037/0022-3514.45.5.1017
- Baxter, S., Johnson, M., Blank, L., Cantrell, A., Brumfitt, S., Enderby, P., & Goyder, E. (2016). Non-pharmacological treatments for stuttering in children and adults: a systematic review and evaluation of clinical effectiveness, and exploration of barriers to successful outcomes. *Health Technol Assess*, 20(2), 1-302, v-vi. doi:10.3310/hta20020
- Blomgren, M. (2010). Stuttering treatment for adults: an update on contemporary approaches. *Semin Speech Lang*, 31(4), 272-282. doi:10.1055/s-0030-1265760
- Boberg, E., & Kully, D. (1994). Long-term results of an intensive treatment program for adults and adolescents who stutter. *J Speech Hear Res*, 37(5), 1050-1059.
- Bray, M. A., Kehle, T. J., Lawless, K. A., & Theodore, L. A. (2003). The relationship of self-efficacy and depression to stuttering. *Am J Speech Lang Pathol*, 12(4), 425-431. doi:10.1044/1058-0360(2003/088)
- Bricker-Katz, G., Lincoln, M., & McCabe, P. (2010). Older People Who Stutter: Barriers to Communication and Perceptions of Treatment Needs. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45(1), 15-30.
- Carey, B., O'Brian, S., Lowe, R., & Onslow, M. (2014). Webcam Delivery of the Camperdown Program for Adolescents Who Stutter: A Phase II Trial. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 45(4), 314-324. doi:10.1044/2014_LSHSS-13-0067
- Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Block, S., Jones, M., & Packman, A. (2010). Randomized Controlled Non-Inferiority Trial of a Telehealth Treatment for Chronic Stuttering: The Camperdown Program. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(1), 108-120. doi:10.3109/13682820902763944
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2011). Self-regulation of Action and Affect. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of Self-Regulation, Research, Theory, and Applications* (2 ed., pp. 3-18). New York: The Guilford Press.
- Cocomazzo, N., Block, S., Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., & Iverach, L. (2012). Camperdown Program for Adults Who Stutter: A Student Training Clinic Phase I Trial. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(4), 365-372. doi:10.1111/j.1460-6984.2012.00150.x

- Conture, E. G. (2001). *Stuttering : its nature, diagnosis, and treatment*. Boston: Allyn and Bacon.
- Craig, A. (1998). Relapse following treatment for stuttering: a critical review and correlative data. *Journal of Fluency Disorders*, 23(1), 1-30. doi:10.1016/S0094-730X(97)00027-2
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2011). Resilience and Stuttering: Factors that Protect People from the Adversity of Chronic Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54(6), 1485-1496. doi:10.1044/1092-4388(2011/10-0304)
- Craig, A., & Tran, Y. (2014). Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 35-43. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.001>
- Cream, A., Onslow, M., Packman, A., & Llewellyn, G. (2003). Protection from harm: the experience of adults after therapy with prolonged-speech. *Int J Lang Commun Disord*, 38(4), 379-395. doi:10.1080/13682820310001598166
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010, 15.01.). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- Egan, G. (2014). *The Skilled Helper: A Client-Centred Approach*. Hampshire, United Kingdom: Cengage Learning EMEA.
- Finn, P. (2003). Addressing generalization and maintenance of stuttering treatment in the schools: a critical look. *Journal of Communication Disorders*, 36(2), 153-164. doi:10.1016/S0021-9924(03)00004-2
- Finn, P. (2007). Self- Control and the Treatment of Stuttering. In E. G. Conture & R. F. Curlee (Eds.), *Stuttering and Related Disorders of Fluency* (3 ed., pp. 344-360). New York: Thieme Medical Publisher.
- Guitar, B. (2014). *Stuttering : an integrated approach to its nature and treatment* (4th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hancock, K., & Craig, A. (1998). Predictors of stuttering relapse one year following treatment for children aged 9 to 14 years. *Journal of Fluency Disorders*, 23(1), 31-48. doi:10.1016/S0094-730X(97)00028-4
- Herder, C., Howard, C., Nye, C., Vanryckeghem, M., & Herder, C. (2006). Effectiveness of Behavioral Stuttering Treatment: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 33(1), 61-73.
- Holden, B. (2007). Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), en atferdsanalytisk psykoterapi. *Norsk tidsskrift for atferdsanalyse*.
- Ingham, R., Ingham, J., & Bothe, A. (2012). Integrating Functional Measures With Treatment: A Tactic for Enhancing Personally Significant Change in the Treatment of Adults and Adolescents Who Stutter *Am. J. Speech-Lang. Pathol.* (Vol. 21, pp. 264-277).
- Irani, F., Gabel, R., Daniels, D., & Hughes, S. (2012). The Long Term Effectiveness of Intensive Stuttering Therapy: A Mixed Methods Study. *Journal of Fluency Disorders: Official Journal of the International Fluency Association*, 37(3), 164-178. doi:10.1016/j.jfludis.2012.04.002
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., . . . Onslow, M. (2009). The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34(1), 29-43. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.02.002>
- Johnson, M., Baxter, S., Blank, L., Cantrell, A., Brumfitt, S., Enderby, P., & Goyder, E. (2016). The state of the art in non-pharmacological interventions for developmental

- stuttering. Part 2: qualitative evidence synthesis of views and experiences. *Int J Lang Commun Disord*, 51(1), 3-17. doi:10.1111/1460-6984.12182
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., & GebSKI, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *BMJ*, 331(7518), 659. doi:10.1136/bmj.38520.451840.E0
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lincoln, M., Onslow, M., Lewis, C., & Wilson, L. (1996). A clinical trial of an operant treatment for school-age children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*(5), 73–85.
- Manning, W. H. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders*. Clifton Park, NY: Delmar, Cengage Learning.
- Maxwell, J. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. *Harvard Educational Review*, 62(3), 279.
- Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2009). Cognitive Behavior Therapy for Adults Who Stutter: A Tutorial for Speech-Language Pathologists. *Journal of Fluency Disorders: Official Journal of the International Fluency Association*, 34(3), 187-200. doi:10.1016/j.jfludis.2009.09.002
- Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2004). Social Anxiety in Stuttering: Measuring Negative Social Expectancies. *Journal of Fluency Disorders: Official Journal of the International Fluency Association*, 29(3), 201-212. doi:10.1016/j.jfludis.2004.06.002
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25. doi:10.1093/clipsy/9.1.21
- NESH (2016, 27.04.) Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- O'Brian, S., Onslow, M., Cream, A., & Packman, A. (2003). The Camperdown Program: Outcomes of a New Prolonged-Speech Treatment Model. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46(4), 933-946. doi:10.1044/1092-4388(2003/073)
- O'Brian, S., & Onslow, M. (2011). Clinical management of stuttering in children and adults. *BMJ*, 342. doi:10.1136/bmj.d3742
- Onslow, M., Costa, L., Andrews, C., Harrison, E., & Packman, A. (1996). Speech outcomes of a prolonged-speech treatment for stuttering. *J Speech Hear Res*, 39(4), 734-749.
- Plexico, L., Manning, W. H., & DiLollo, A. (2005). A Phenomenological Understanding of Successful Stuttering Management. *Journal of Fluency Disorders*, 30(1), 1-22. doi:10.1016/j.jfludis.2004.12.001
- Plexico, L. W., Manning, W. H., & DiLollo, A. (2010). Client Perceptions of Effective and Ineffective Therapeutic Alliances during Treatment for Stuttering. *Journal of Fluency Disorders: Official Journal of the International Fluency Association*, 35(4), 333-354. doi:10.1016/j.jfludis.2010.07.001
- QSR International Pty Ltd. (2016). NVivo qualitative data analysis, version 11 [dataprogramvare]. Hentet fra <https://www.uio.no/.../forsk.../datafangst-og-analyse/nvivo/>
- Rogers, C. (1990). Client-Centered Therapy. In C. Rogers (Ed.), *Carl Rogers: dialogues : conversations with Martin Buber, Paul Tillich, B.F. Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others* (pp. 9–38). London: Constable.
- Schunk, D. H., Pintrich, P. R., & Meece, J. L. (2014). *Motivation in education : theory, research and applications* (4th. ed., new international ed. ed.). Harlow: Pearson.

- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate : The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2nd ed. ed.). Hoboken: Taylor and Francis.
- Watson, D. L., & Tharp, R. G. (2007). *Self-directed behavior: self-modification for personal adjustment*. United Kingdom: Thomson/Wadsworth.
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *J Fluency Disord*, 38(2), 66-87. doi:10.1016/j.jfludis.2012.11.002
- Yairi, E., & Seery, C. H. (2015). *Stuttering: foundations and clinical applications* (2nd ed.). Boston: Pearson.

Artikkelutkast:

Overføring av behandlingselementer for
personer som stammer

- Fra logopedkontoret til personens hverdag

Ragnhild Hoft og Anne Kristine Nordhassel

Tidsskrift: Norsk tidsskrift for logopedi

Antall ord: 4891

Abstract (sammendrag)

Formålet med denne studien er å undersøke erfaringer voksne som stammer har med overføringsarbeidet fra logopedisk stammebehandling til hverdagslivet, og hva de opplever som en støtte og som en barriere for denne overføringen. Seks kvalitative intervjuer med deltakere i logopedisk stammebehandling ble gjennomført og analysert med fokus på meningsinnhold. Resultatene tyder på at det er flere komplekse faktorer som virker sammen i overføringsarbeidet, knyttet til både selve behandlingen, logopeden, deltakeren og deltakerens dagligliv. Sammenkobling mellom behandling og dagligliv, strategier for selvregulering og kognitiv restrukturering fremheves som støttende faktorer i overføringen.

Nøkkelord: Stammer, stammebehandling, voksne, overføring, kvalitative intervju

Appetittvekker (Norsk tidsskrift for logopedi)

Å sikre overføring av det som læres på logopedkontoret til hverdagen er en utfordring i stammebehandling. Formålet med denne studien var å undersøke erfaringer voksne som stammer har med dette overføringsarbeidet, og hva de opplever som støtter og barrierer i overføringen. Resultatene fra seks kvalitative intervjuer tyder på at det er flere komplekse faktorer som påvirker overføringsarbeidet, knyttet til både selve behandlingen, logopeden, deltakeren og deltakerens dagligliv.

OVERFØRING AV BEHANDLINGSELEMENTER FOR PERSONER SOM STAMMER -FRA LOGOPEDKONTORET TIL PERSONENS HVERDAG

INNLEDNING

Formålet med denne artikkelen er å undersøke hvilke erfaringer voksne personer som stammer har med å overføre det de har lært i logopedisk behandling til hverdagen. Stammering som talevanske defineres som repetisjoner, forlengelser eller blokkeringer ved taleproduksjon (Yairi & Seery, 2015). Voksne som stammer har vanligvis utviklet noen trekk ved stammingen som går ut over disse talemessige kjennetegnene. Trekkene kan inkludere muskelspenninger og tilleggsbevegelser i stammeøyeblikket samt komplekse følelsesmessige, kognitive og sosiale reaksjonsmønstre knyttet til stammingen (Yairi & Seery, 2015). Kompleksiteten og den individuelle utviklingen av stammering hos voksne medfører at det er store individuelle forskjeller. Forskjellene kan gjelde observerbare trekk ved stammingen, hvordan den oppleves av personen som stammer og hvordan den påvirker livsutfoldelsen til personen.

Overføring i logopedisk stammebehandling dreier seg om å ta i bruk ferdigheter som er tillærte i behandlingssituasjonen også utenfor behandlingssituasjonen. Slike ferdigheter ble gjerne kalt «teknikker» av intervjudeltakerne, men i denne artikkelen vil også begrepet «behandlingselementer» bli brukt for å fremheve at det også dreier seg om ferdigheter utover det rent taletekniske. Overføring er avgjørende for at behandlingen skal ha en reell effekt for klienten, men er samtidig anerkjent som en utfordring innen all stammebehandling (P. Finn, 2003; Yairi & Seery, 2015).

Denne intervjustudien er tilknyttet prosjektet *Stammebehandling – hva hjelper for hvem?* som er et pågående forskningsprosjekt ved Statped sørøst og Universitetet i Oslo.

Forskningsprosjektet er en behandlingsstudie som har som formål å optimalisere den logopediske stammebehandling med en individrettet tilnærming. Deltakerne har gjennom deltakelse i forskningsprosjektet gjennomført en behandlingsperiode på åtte uker hos en erfaren

logoped. Etter behandlingsperioden ble det gjennomført oppfølgingsmøter med den samme logopeden etter en, tre, seks og tolv måneder. Hensikten med intervjuene var å undersøke den totale nytteverdien deltakerne hadde av prosjektdeltakelsen. Intervjuene ble gjennomført omtrent syv måneder etter avsluttet behandlingsperiode. Denne artikkelen vil belyse deltakernes erfaringer med å overføre behandlingselementene til hverdagen, noe som utgjør en liten del av de totale erfaringene de hadde med å delta i forskningsprosjektet.

Logopedisk stammebehandling for voksne

Historisk sett kan logopedisk stammebehandling for voksne deles inn i to overordnede kategorier: den primært flytskapende tradisjonen som fokuserer på å redusere stamming via talemåter som øker taleflyten, og den primært stammemodifiserende tradisjonen som fokuserer på hvordan stammingen blir håndtert og hvordan stamming kan modifiseres så den får et mer avslappet preg (Blomgren, 2010; Guitar, 2014). De siste tiårene har det vært en økende tendens til å kombinere ulike behandlingstilnæringer, noe som også inkluderer kognitivt rettede tilnæringer (Blomgren, 2010). En kombinert eller integrert behandlingstilnærming fokuserer både på stammingsens hørbare elementer og de emosjonelle og kognitive aspektene ved å være en person som stammer. En slik behandlingstilnærming passer derfor med synet på stamming som en kompleks og multidimensjonal vanske, som er det rådende synet på stamming blant forskere i dag (Blomgren, 2010).

Baxter, Johnson, Blank, Cantrell, Brumfitt, Enderby og Goyder (2016) gjennomførte en systematisk gjennomgang av 111 ulike kliniske studier av ikke-farmakologiske behandlingsmetoder for barn og voksne som stammer. De fant at alle stammebehandlingsmetodene hadde positiv effekt for noen deltakere, men at det var stor individuell variasjon mellom deltakerne angående hvordan de responderte på intervensjonene. Andre studier som sammenligner effekten av ulike tilnæringer til stammebehandling har også konkludert med at logopedisk stammebehandling generelt har en effekt for deltakerne, men at ingen enkelt behandling innen dette feltet kan identifiseres som tydelig bedre enn andre (Herder, Howard, Nye, Vanryckeghem, & Herder, 2006; Humeniuk & Tarkowski, 2017). Baxter et al. (2016) konkluderte med at det er et behov for bedre forståelse av de individuelle forskjellene når det gjelder behandlingseffekt, og bedre forståelse av endringsprosessene i stammebehandling.

For å undersøke hvilke faktorer som kan fungere som støtter og barrierer i gjennomføring av stammebehandling, og slik bidra til de individuelle forskjellene i behandlingsutbytte, gjennomgikk Johnson, Baxter, Blank, Cantrell, Brumfitt, Enderby og Goyder (2016) 25 kvalitative artikler om stammebehandling. Blant støttefaktorene som ble identifiserte var at de emosjonelle og praktiske aspektene ved stamming ble ivaretatt i behandlingen, samt at logopeden var støttende, klient-sentrert og benyttet individuelt tilpassede behandlingstilnæringer.

Overføring

Stammebehandling kan deles inn i tre faser: etablering, overføring og vedlikehold av behandlingselementer (Manning, 2010). I Johnson et al. (2016) sin gjennomgang av kvalitative studier ble barrierer for overføring av behandlingselementer til hverdagen identifisert på både individ- og behandlingsnivå. På individnivå ble dette knyttet til praktiske utfordringer rundt å finne tid og huske på å gjennomføre egentrening. Foreslåtte strategier for å imøtekomme disse utfordringene var å integrere øving i hverdagslige rutiner, få hjelp av andre personer og utvikle et system for selv-påminnelser. På behandlingsnivå ble det lagt vekt på at behandlingselementer kan være vanskelige å implementere utenfor behandlingssituasjonen og at inkludering av scenarioer fra den virkelige verden i behandlingssituasjonen kan bidra til å minske dette gapet.

Det er publisert lite forskningslitteratur som spesifikt adresserer overføringsfasen i stammebehandling. Finn (2003) oppsummerer strategier for å fremme overføring og vedlikehold i stammebehandling for skoleelever. Denne oppsummeringen inkluderer skoleelever til og med 17 år, men det er rimelig å anta at strategiene også kan ha relevans for voksne personer som stammer. Strategiene dreier seg om å (1) sikre at det som læres i behandlingen har praktisk betydning og personlig relevans for klienten, (2) etablere en sammenkobling mellom behandlingssituasjonen og hverdagslige situasjoner og (3) lære klienten strategier for selvregulering. Disse tre strategiene utdypes kort nedenfor.

At det som læres har praktisk betydning og personlig relevans, innebærer at klient og logoped identifiserer bestemte talesituasjoner der en endring er ønsket og arbeider målrettet for å generalisere behandlingselementer til akkurat disse utvalgte situasjonene (Finn, 2003). Ingham, Ingham og Bothe (2012) argumenterer også for å identifisere spesifikke mål som er

personlig relevante for klienten, og å implementere behandlingsaktiviteter direkte knyttet disse målene.

Å etablere en sammenkobling mellom behandlingssituasjon og hverdagslige situasjoner, handler på den ene siden om å innlemme elementer fra dagliglivet i behandlingen (Finn, 2003). Dette kan for eksempel gjøres ved å trekke inn nærpersoner i behandlingen. Det har også blitt foreslått bruk av rollespill eller treningsvideoer som simulerer hverdagslige situasjoner i dette arbeidet (Blood, 1995; Swift, Meredith, McCulloch, & Turville, 2015). På den andre siden handler det om at klienten øver selvstendig på å benytte behandlingselementer i sitt dagligliv (Finn, 2003; Ingham, Ingham & Bothe, 2012).

Selvregulering kan defineres som enhver innsats individer legger ned for å modifisere egen atferd, tanker eller følelser for å oppnå et bestemt mål (Carver & Scheier, 2011). I stammebehandling kan dette innebære bevisstgjøring av egen stamming og hva som utløser de samt strategier for overvåking og evaluering av egen taleatferd (Finn, 2007).

Selvregulering er identifisert som et av de viktigste elementene i stammebehandling for voksne (Bothe, Davidow, Bramlett, & Ingham, 2006). Finn (2003) påpeker at det er uklart hvilke faktorer som fører til vellykket selvregulering, men at en viktig faktor kan være mestringstro. Mestringstro er en persons tro på at han eller hun har de nødvendige ferdighetene for å mestre en spesifikk oppgave (Bandura, 1986). For personer i stammebehandling kan dette innebære en tro på at de er i stand til å benytte behandlingselementene i spesifikke situasjoner i dagliglivet.

En rekke kvalitative studier har tatt for seg erfaringer med å stamme og å gå i stammebehandling, som oppsummert av Johnson et al. (2016). Det kan synes som om det ikke er gjennomført undersøkelser som ser spesifikt på hvordan deltakere i stammebehandling opplever overføringen fra behandlingssituasjonen til dagliglivet. Kunnskap om hvordan overføringen oppleves av klienten selv og hvilke faktorer som oppleves som styrkende og svekkende i overføringsarbeidet, kan øke forståelsen for hvilke mekanismer som virker inn på denne prosessen. Med utgangspunkt i dette ble det formulert følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har deltakerne med overføring av behandlingselementer de har tilegnet seg i logopedisk stammebehandling?

Med følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke faktorer oppleves som styrkende for overføringen mellom logopedkontoret og hverdagen?
- Hvilke faktorer oppleves som svekkende for overføringen mellom logopedkontoret og hverdagen?

METODISK TILNÆRMING

Rekruttering og utvalg

Rekruttering til denne intervjustudien ble gjort via forskningsprosjektet *Stammebehandling – hva hjelper for hvem?*. Kriteriene for deltakelse i intervjustudien var deltakelse i dette forskningsprosjektet, samt at deltakerne ved selvrapporing oppga å ha primært åpen stamming. Åpen stamming innebærer forekomst av hørbare taleflytbrudd, men utelukker ikke at også skjult stamming kan forekomme. Sju deltakere innfridde disse kriteriene, men én av disse ønsket ikke å delta i intervjustudien. Utvalget for denne intervjustudien består derfor av seks personer, fem menn og en kvinne, med et aldersspenn fra 20-årene til 60-årene.

Datainnsamling

Siden intervjuet ble gjennomført som en del av et større forskningsprosjekt, ble intervjuguiden utarbeidet i samarbeid med lederen for forskningsprosjektet (vedlegg 3). Intervjuene varte mellom 50 minutter og to timer. Begge forfatterne deltok i alle intervjuene, men byttet på rollen som hovedintervjuer. Hovedintervjuer var ansvarlig for å dekke temaene i intervjuguiden, mens begge var ansvarlige for å stille oppfølgingsspørsmål. Det ble stilt både åpne og mer lukkede spørsmål. Bruken av lukkede spørsmål ble gjort bevisst for å verifisere tolkingen av svarene Kvale og Brinkmann (2015). Intervjuene ble tatt opp på en taleopptaker og deretter transkribert. Begge forfatterne transkriberte tre intervjuer hver. En detaljert transkripsjonsnøkkel (vedlegg 4) ble brukt for høyest mulig samsvar mellom transkripsjonene. I tillegg ble deler av det første intervjuet transkribert av begge forfatterne i fellesskap, noe som også kan ha styrket interrater-reliabiliteten.

Analysearbeid

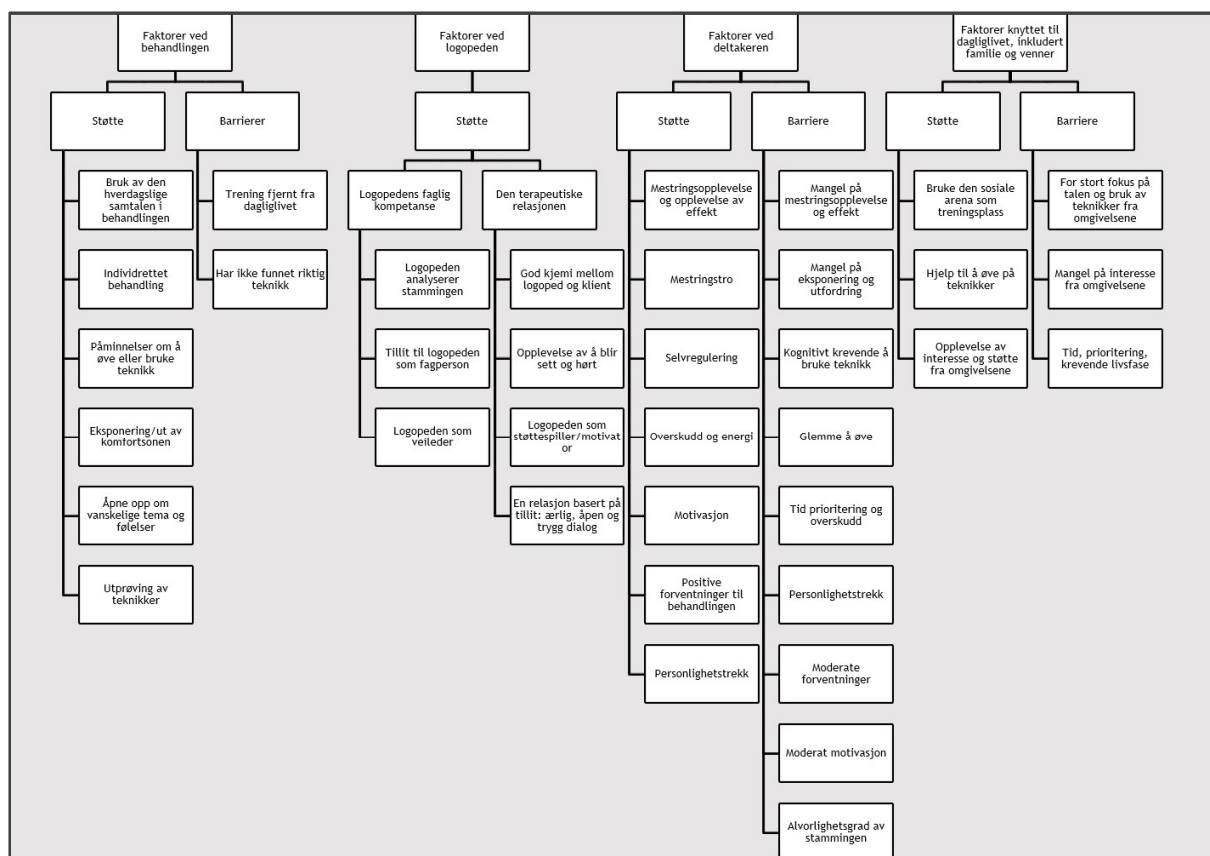
Den første kodingen var åpen og ble gjennomført av forfatterne hver for seg. Den påfølgende kodingen ble gjort av begge forfatterne ved bruk av analyseprogrammet NVivo 11. Kodene ble ordnet i et trenodesystem. Flere lignende koder ble samlet i én kategori, for eksempel *Bruk av den hverdagslige samtalen i behandlingen*. Ut fra disse kategoriene ble det utarbeidet fire overordnede kategorier: *faktorer ved behandlingen, faktorer ved logopeden, faktorer ved deltakeren og faktorer knyttet til familie og venner*. I det siste steget av analysen ble faktorene i de fire overordnede kategoriene ordnet med tanke på hva som kunne virke styrkende og svekkende for overføringen. Den endelige nodestrukturen er presentert i *Figur 1*.

Etiske overveielser

Forskningsprosjektet *Stammebehandling – hva hjelper for hvem?* er godkjent av *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk*, og intervjustudien er godkjent som en del av dette forskningsprosjektet. Deltakerne ga sitt samtykke til deltakelsen i intervjustudien via e-post, etter å ha mottatt et informasjonsskriv om intervjustudien. Navn og andre opplysninger som kan bidra til å identifisere deltakerne, ble endret eller utelatt allerede på transkripsjonsstadiet.

RESULTATER

Ut fra deltakernes beskrivelser ble faktorer som opplevdes som støtter og barrierer knyttet til overføring identifisert og sortert i fire overordnede kategorier: faktorer ved behandlingen, faktorer ved logopeden, faktorer ved deltakeren og faktorer ved deltakerens dagligliv inkludert familie og venner. Alle kategorier og faktorer er presentert samlet i *Figur 1*. Figuren er også presentert i større format i vedlegg 6. Nedenfor presenteres utvalgte faktorer fra de fire hovedkategoriene som ble identifiserte som støtter og barrierer for overføringen. Noen av disse faktorene vil bli belyst ved sitater fra deltakerne. Utvalget av presenterte faktorer er basert på en vurdering av hvilke som i størst grad omhandler koblingen mellom behandlingen og hverdagen. De øvrige faktorene presenteres utelukkende i *Figur 1*. Noen av faktorene som presenteres har underkategorier som ikke kommer frem i *Figur 1*. Blant annet ble personlig relevans og eierskap identifisert som faktorer ved den individrettede behandlingen.



Figur 1: Resultater etter analysen

Støtte

Bruk av den hverdagslige samtalen i behandlingen

Deltakerne fortalte at samtaler med logopeden var en viktig del av oppfølgingen, og at de ofte snakket om hverdagslige ting. Dette opplevdes som en støtte i overføringen da samtalen de beskrev lå nært opp til samtaler i dagliglivet.

Det var mye stammetema. Det dreide seg mye om det. Ellers var vi innom alt, men det er jo det som er bra også, når man skal jobbe med stamming at det blir likt hverdagen, at vi snakket slik som man snakker.

Påminnelser om å øve eller bruke behandlingselementer

Flere deltakere beskrev hvordan de glemte å øve på det de hadde lært fra gang til gang. De opplevde ulike former for påminnelser som en støtte i overføringsarbeidet. Påminnelsene inkluderte blant annet huskereglar, huskelister og bruk av taleidealer. Noen brukte visuelle symboler som representerte de ulike behandlingselementene, f.eks. en stemmegaffel for å

huske å senke stemmen. For noen var det en påminnelse i seg selv å vite at de skulle møte logopeden igjen.

Logopedens kompetanse

Flere deltakere trakk frem verdien av å ha en samtalepartner som forstod stamming og stammebehandling, og tilliten til logopeden som fagperson. Flere pekte også spesifikt på logopedens evne til å analysere deres individuelle stammemønstre som verdifullt. Logopedens tilbakemeldinger underveis i den hverdagslige samtalen ble også trukket frem som verdifulle, enten ved at deltakerne ble minnet på å bruke taleteknikker eller at det ble påpekt at taleteknikkene ble mestret på en god måte.

Eksponering og personlig relevans

Mange deltakere snakket om at det var viktig for dem å komme ut av komfortsonen i behandlingsprosessen. Et eksempel på slike aktiviteter var å oppsøke fremmede for å øve på behandlingselementer. Utfordrende aktiviteter var ikke bare en del av logopedtimene, men var også noe de gjorde mellom timene. Eksponeringen var ofte relatert til noe som var viktig for deltakeren å jobbe med, for eksempel å øve på å holde presentasjoner, snakke om vanskelige temaer eller å holde tale i et selskap.

Mestringsopplevelser, opplevelse av effekt og mestringstro

Flere deltakere beskrev hvordan de opplevde effekt av behandlingen ved å snakke med mer flyt i ulike situasjoner, i og utenfor behandlingen, og hvordan dette var med å bygge dem opp. Spesielt interessant for overføringen var mestringsopplevelser som deltakerne opplevde på egen hånd utenfor logopedkontoret.

Jeg husker faktisk midt inni der, så satt jeg og ringte, og jeg satt bare og ringte og ringte og snakka helt flytende. Det var ingenting, det var bare sånn jeg gidder ikke å stresse med det, nå bare prater jeg, og så bare prata jeg. Og så prata og prata og prata jeg.

Flere deltakere var inne på at spesifikke mestringsopplevelser og en generell opplevelse av effekt var avgjørende for lysten til å fortsette med behandlingen.

Og det å jobbe med det du har lært da, og så se at du klarer å få det til, det gjør at du får lyst til å arbeide med det, mer og mer.

Selvregulering

Noen av deltakerne beskrev hvordan de regulerte stammingen på ulike måter, og hvordan de selv tok ansvar for å skape en endring gjennom å trene på bruk av behandlingselementer:

Hvis du føler deg underlegen i en situasjon påvirker det stammingen negativt. Og det er i de situasjonene, når du er der nede at du skal gripe tak i det du har lært, og jobbe deg opp igjen.

Den sosiale arenaen som treningsplass

Flere deltakere fortalte om hvordan de trente i sosiale situasjoner i hverdagen. De brukte ulike sosiale situasjoner i dagligliv og arbeid til å utfordre seg og øve på det de hadde lært i behandlingen:

Som jeg har sagt så er jeg ganske dårlig på å trene eller sette av tid til å jobbe med stammingen og sånn for meg selv (...) Jeg prøver å heller bruke den sosiale arenaen som treningsplass, enn det å sette av tid.

Jeg tar ti minutter mens jeg snakker med noen i familien min. Bare liksom «nå skal jeg jobbe». (...) Klarer du å få med deg mange av de så klarer du å dra det med deg inn uten at du trenger å tenke på det.

Barrierer

Trening fjernt fra dagliglivet

Klienten som beskrev de største vanskene med å overføre det han hadde lært, brukte DAF (Delayed Auditory Feedback) en del hjemme, men hadde ikke utbytte av dette i andre situasjoner. Han opplevde at en del av treningen, som pust- og avspenningsøvelser, krevde at han satte av egen tid til å øve på dem. Slik var øvelsene vanskeligere å inkludere i daglige situasjoner, som i samtale med andre.

Mangel på mestringsopplevelser og effekt

Slik mestringsopplevelser fungerte som styrke for overføringen, kan mangel på det samme ha

fungert som en barriere:

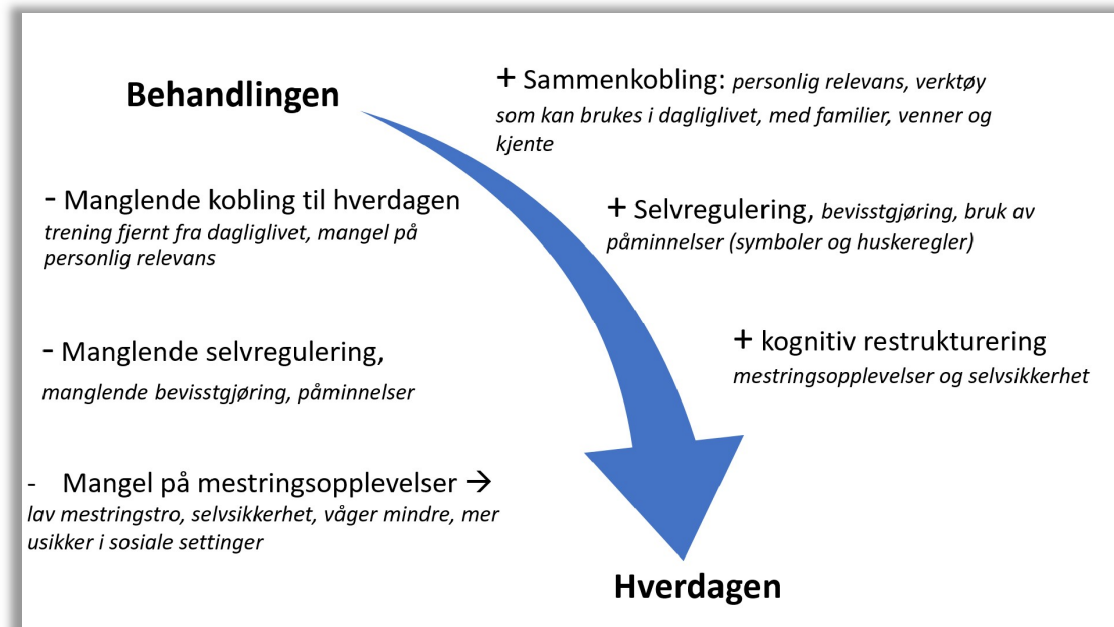
Nei, det er ikke lett. Jeg vet jo at hvis jeg hadde sett mer effekt, hvis jeg hadde sett et resultat, så hadde jeg sikkert trent mye. Men når det føles som det uteblir, så er det hardt å jobbe med det.

Tid, prioritering og overskudd

Noen opplevde det som krevende å finne tid til treningen. Knyttet til dette var også mangel på energi, og mentalt overskudd til å trene. Mange la vekt på at det er viktig å ha det godt med seg selv og «være litt ovenpå», «gjærne [ha] litt overskudd av selvtillit» for å jobbe med stammingen. En deltaker fortalte at han kunne nådd enda lengre dersom han kunne bruke all sin tid på å jobbe med stammingen. På en annen side påpekte han også at tidspresset og kravene rundt ham i jobbsammenheng hadde vært med å presse ham til å ta i bruk det han hadde lært i behandlingen.

DISKUSJON

Videre skal de mest sentrale temaene som ble identifiserte i resultatene, drøftes i lys av hvordan disse relaterer til hverandre, men også i lys av teori og forskning. Drøftingspunktene knyttet til overføring er forsøkt oppsummert i **Figur 2**.



Figur 2: Oppsummering diskusjon

Den hverdagslige samtalen og logopedens kompetanse i behandlingen: Bevisstgjøring

Finn (2003) peker på flere faktorer som er viktige for å få til overføringsdelen i stammebehandling, deriblant å finne måter å koble sammen behandlingen og hverdagen på. Det anbefales å trekke elementer som ligner dagliglivet inn i behandlingen og omvendt (Johnson et al., 2016). Flere av deltakerne i denne studien trakk frem at behandlingen de fikk av logopeden i stor grad var preget av en uformell samtale, lik den i dagliglivet. Dette inkluderte samtale om stamming, men også hverdagslige temaer. Det ble påpekt at logopeden brukte samtalene til å analysere stammingen til deltakerne og kom med fortløpende tilbakemeldinger på talen til deltakerne. Bevisstgjøring av egen tale er viktig for å gjøre personen som stammer i stand til overvåking av egen tale, noe som også ser ut til å være sentralt i overføringsarbeidet (Guitar, 2014). Det kan derfor tenkes at hverdagslig samtale i behandlingssituasjonen ikke er nok i seg selv, men at det også kreves at logopeden vet hvordan samtalen skal brukes på en god måte. Logopedens faglige kompetanse ser ut til å være sentral for å analysere stammingen, men også for å kunne komme med tilbakemelding og gjøre klienten bevisst på hvordan talen kan modifiseres for å fremme flyt. Gjennom samtalene med logopeden fikk deltakerne øvd og testet ut de ulike behandlingselementene i en samtale som ligner den i det virkelige liv. En deltaker påpekte at denne tilnærmingen bidro til at det ble mer og mer likt mellom de ulike arenaene.

Arbeid med overføring av behandlingselementer til hverdagen: Påminnelser og selvregulering

Både Manning (2010) og Ingham et al. (2012) trekker frem viktigheten av hyppig trening hjemme mellom behandlingstimene for å få til en god overføring av behandlingselementer som for eksempel taleteknikker. Manning (2010) viser til at det kreves så mye som 3000 repetisjoner av finmotoriske ferdigheter før de automatiseres. For at gjennomføring av øvingsaktiviteter på egen hånd skal lykkes, kreves stor grad av selvregulering (Craig, 1998; Finn, 2003; Ingham et. al., 2012). En sentral del av dette reguleringsarbeidet innebærer å overvåke sin egen tale. Flere deltakere fortalte at det var kognitivt krevende å bruke taleteknikker og vanskelig å huske på å øve og bruke det de hadde lært. Det ble jobbet på ulike måter for å overkomme disse hindringene. Ofte dreide det seg om å finne måter for å bli minnet på å ta i bruk det de hadde lært. Det ble brukt symboler, huskereglar, huskelister og taleideal. Flere av deltakerne fortalte om at de tegnet ned de visuelle symbolene, og ved å ha

disse visuelle symbolene foran seg ble de hyppig minnet på å bruke taleteknikkene. Johnson et al. (2016) anbefalte også å utvikle et system for selv-påminnelser for å huske på å ta i bruk behandlingselementene i dagligdagse situasjoner. Bruken av symbolene og de andre metodene for å huske på å øve kan ha fungert som en selvreguleringsstrategi og på den måten ha fungert som en støtte i overføringsarbeidet.

Mentalt overskudd: Kognitiv restrukturering

Å ta behandlingselementer med seg inn i dagliglivet krever at deltakeren har ressurser som muliggjør praktisering av behandlingselementer i hverdagen (Manning, 2010). Slike ressurser kan ifølge Manning (2010) blant annet handle om tid og overskudd. Flere deltakere påpekte at hverdagen var travel og at det derfor var lett å glemme å øve og å bruke behandlingselementene. Det er likevel noe ambivalens i resultatene knyttet til tid som en ressurs. Flere av deltakerne i studien erfarte framgang til tross for travle dager og liten tid til å øve. Disse deltakerne klarte å ta i bruk mange situasjoner for å øve og mente at den travle hverdagen førte til at de ble presset til å ta i bruk det de hadde lært. Dette gjaldt både å trene på taleteknikker og å gjennomføre aktiviteter som krevde eksponering. For disse deltakerne kan det tenkes at selv om de manglet tid, så hadde de likevel mentalt overskudd og motivasjon. En av deltakerne som klarte å ta i bruk hverdagslige situasjoner til tross for en travel hverdag, beskrev hvordan han hadde hatt en rekke positive opplevelser knyttet til stammingen og hvordan det hadde vært med å bygge ham opp. Gjennom gjentatt eksponering for fryktede talesituasjoner og med å være åpen, lære seg å akseptere stammingen og endre måten de tenker om seg selv på, kan personer som stammer oppleve mindre frykt for ulike talesituasjoner og vise mindre unngåelsesatferd (Irani, Gabel, Daniels, & Hughes, 2012; Menzies, Onslow, Packman, & O'Brian, 2009; Plexico, Manning, & DiLollo, 2005a). Kognitiv restrukturering kan på den måten se ut til å spille en viktig rolle for å få til en god overføring i behandling. Ved at personer som stammer endrer måten de tenker om seg selv og stammingen sin på, blir de gradvis mer selvsikre. De tar sjanser og tør å ta del i vanskelige kommunikasjonssituasjoner, i stedet for å unngå dem (Plexico, Manning og Delillo, 2005). Forholdet mellom de kognitive endringene og bruken av taleteknikker vil videre virke gjensidig forsterkende

Mestringsopplevelser og mestringstro

Forventninger om behandlingseffekt er en motiverende faktor for å begynne i behandling og er også blitt foreslått som en mulig medvirkende årsak til virkningen av både medisinsk og psykoterapeutisk behandling (Wampold & Imel, 2015). Deltakerne i denne studien hadde ikke klare forventninger i forkant av deltakelsen, men mange fortalte at de raskt fikk høye forventninger da de tidlig opplevde effekt og mestring av behandlingselementer. Disse mestringsopplevelsene og en overordnet opplevelse av effekt motiverte dem til å fortsette å jobbe med treningsaktiviteter på egenhånd. Slike mestringserfaringer vil øke mestringstroen knyttet til videre øving på disse aktivitetene (Bandura, 1986). Økt mestringstro knyttet til en oppgave øker også innsatsen og utholdenheten knyttet til gjennomføringen av denne oppgaven i møte med motgang. En deltaker i denne studien ønsket i liten grad å eksponere seg og uttrykte samtidig at han hadde mangel på mestringsopplevelser knyttet til behandlingen. Mangelen på opplevelse av behandlingseffekt hadde negativ effekt på motivasjonen hans for å jobbe med det han lærte i behandlingen. Finn (2003) anbefaler å jobbe med at klienten kan vurdere sin egen mestringstro knyttet til spesifikke oppgaver. Dersom klienten vurderer sin egen tro på mestring som lav, bør det jobbes konkret med de spesifikke oppgavene for å øke mestringstroen ved å legge til rette for gode mestringsopplevelser.

Eierskap og personlig relevans

Finn (2003) og Ingham et al. (2012) anbefaler å jobbe målrettet med aktiviteter som er funksjonelle og relevante for deltakeren. Hvilke situasjoner som oppleves krevende vil variere fra person til person. Noen vil synes at det er vanskelig å holde presentasjoner, andre vil synes det er vanskelig å snakke om følelser og personlige tema. Begge eksemplene gjaldt for to av intervjudeltakere i studien. Å jobbe med desensitivering knyttet til disse situasjonene var derfor en sentral del av behandlingen for disse deltakerne, og noe de trakk frem som nyttig. For at den som stammer skal kunne ta i bruk behandlingselementene og vurdere hvordan og når de skal brukes, er det viktig at han eller hun forstår dem og har ferdighetene og motivasjonen som skal til for å ta dem i bruk. Dette er særlig viktig når elementene skal tas i bruk utenfor behandlingssituasjonen (Manning, 2010). I denne studien ble utarbeidingen av symbolene og huskereglene skapt i samarbeid mellom logoped og deltakeren. Flere deltakere trakk frem dette samarbeidet som en styrke, og resultatene kan tyde på at deltakerne i stor grad opplevde å eie taleteknikkene, symbolene og behandlingsprosessen generelt. Dette er ifølge Manning (2010) også en forutsetning for å få til en god overføring.

Den sosiale arena som treningsplass og sosial støtte

Plexico, Manning og Delillo (2009, a, b) påpeker hvordan varig og støttende involvering fra familie og venner kan være med å fremme og skape gode forhold for suksessfull endring. Andre studier rapporterer om at støttepersoner kan være betydningsfulle i igangsettingen av behandling, og som deltakere i behandlingssituasjonen (Anderson & Felsenfeld, 2003; Craig, Blumgart, & Tran, 2011). Noen deltakere trakk frem støtten fra familie og venner som betydningsfull i behandlingen, men det var ingen som trakk det fram som en av de viktigste faktorene. Én deltaker ytret et ønske om mer engasjement fra familie og venner. Familie og venner er en sosial ressurs og kan fungere som emosjonell støtte, men også som praktisk støtte i arbeid med taleteknikker. Manning (2010) beskriver hvordan nærpersoner kan brukes som positiv forsterkning ved at de lærer opp i å kjenne igjen tegn på positiv endring og gi tilbakemeldinger på dette. En deltaker beskrev blandede erfaringer med å inkludere familien, da et familiemedlem ofte påpekte stammeøyeblikkene og ikke tegnene på positiv endring. Denne deltakerens målrettede trening sammen med ulike familiemedlemmer så ut til å fungere best når det var avklart med familiemedlemmet hvor lenge hun skulle trene og på hvilken måte familiemedlemmet skulle inkluderes.

Oppsummering og implikasjoner for logopedisk praksis

Erfaringene med overføring som deltakerne i dette mastergradsprosjektet har delt, kan øke bevisstheten til logopeder om hvilke faktorer som oppleves som støtter og barrierer i overføringsfasen av logopedisk stammebehandling for voksne. De mest sentrale støtte- og barrierefaktorene for overføring som ble identifiserte i våre resultater er oppsummerte i *Figur 2*.

Ut fra disse resultatene kan følgende forslag for praksis utledes:

1) Sammenkoblingen mellom behandlingssituasjon og dagligliv bør styrkes. Dette kan skje både ved å trekke inn elementer fra dagliglivet i behandlingen, og å trekke behandlingselementene inn i dagliglivet. Å trekke behandlingselementer inn i dagliglivet vil innebære egentrening mellom møtene med logopeden. At treningsaktiviteter i størst mulig grad kan inkluderes i hverdagslige aktiviteter og sosiale situasjoner, styrker sammenkoblingen mellom behandlingssituasjonen og dagliglivet, og støtter derfor overføringen. I tillegg bør

behandlingsmålene og treningsaktivitetene oppleves som personlig relevante for klientens dagligliv, og bør derfor utformes i samarbeid med klienten.

2) Strategier for selvregulering bør utarbeides. Selvregulering innebærer både bevissthet rundt, overvåking av og evaluering av egen atferd. Å glemme å trene på behandlingselementene i en travel hverdag kan skyldes mangel på selvreguleringsstrategier; en strukturert treningsplan med når, hvor og med hvem man skal trene kan være en løsning. Mange kan også dra nytte av konkrete påminnesstrategier som bruk av huskereglar og visuelle symboler som man har lett tilgjengelig. Både treningsplan og påminnesstrategier bør være individuelt tilpasset klientens livssituasjon og dagligliv, knyttet til punkt 1.

3) Motivasjon og andre kognitive faktorer bør være et fokus i behandlingen. Både motivasjon og selvtillit kan økes gjennom at klienten opplever mestringsopplevelser og behandlingseffekt, og gjennom en støttende relasjon med logopedden.

Det foreligger ikke kunnskap om hvordan norske logopeder i dag arbeider for å fremme overføring fra behandlingssituasjon til hverdagsliv. Det kan derfor ikke ses bort fra at disse forslagene allerede blir etterfulgt.

Begrensinger ved studien

Faktorer som har kunnet påvirke resultatenes validitet er hvorvidt deltakernes fortellinger og studiens transkripsjoner, fortolkinger og kategorier faktisk speiler deres erfaringer med overføring fra behandlingssituasjon til dagligliv. Intervjuernes tilknytning til logopedden som har gjennomført behandlingen

kan ha gjort at deltakerne var mer tilbakeholdne med negative beskrivelser. Som *Figur 1* viser, fortalte ingen deltakere om faktorer ved logopedden som opplevdes som barrierer knyttet til overføring. Det er en svakhet for tolkningsvaliditeten at det ikke var mulighet for å intervjuer deltakerne flere ganger, noe som kunne gitt bedre mulighet til utdyping og verifisering. Det er også en begrensning at deltakerne ikke har verifisert våre fortolkninger og analyser. Det ble foretatt en fortløpende validering av våre fortolkninger underveis i intervjuet gjennom oppfølgings- og kontrollspørsmål. Intervjuguiden hadde imidlertid et bredt fokus, noe som kan ha påvirket valg av oppfølgingsspørsmål.

Konsistensen mellom intervjuene kan også ha blitt negativt påvirket av det var to alternerende hovedintervjuere med ulik intervjustil. Bruk av en detaljert intervjuguide kan ha veid noe opp

for den svekkede konsistensen. Samtidig kan gjennomføringen med to intervjuere ha styrket fortolkningsvaliditeten, da det var to til stede som kunne fortolke svarene og stille oppfølgingsspørsmål.

Da dette er en kvalitativ studie, kan ikke resultatene generaliseres til gruppen av voksne i stammebehandling som en helhet.

Implikasjoner for videre forskning

En videre utforsking av klientperspektivet på overføring i logopedisk stammebehandling åpner for en rekke potensielle kvalitative studier med smalere fokus enn denne studien. Eksempler kan være å undersøke nærmere bruken av symboler og huskereglar til bruk i øving på behandlingselementer, bruken av det sosiale nettverket og andre elementer i dagliglivet, og hvorvidt dette i stor nok grad blir benyttet i overføringsarbeid med voksne klienter, eller erfaringer med selvreguleringsstrategier i overføringen. Det hadde også vært interessant å se kvantitative studier vurdere styrken av de ulike støttefaktorene for overføring og hvorvidt disse blir sett på som en viktig del av behandlingen av klienter og/ eller logopeder.

LITTERATURLISTE

- Anderson, T. K., & Felsenfeld, S. (2003). A thematic analysis of late recovery from stuttering. *Am J Speech Lang Pathol*, 12(2), 243-253. doi:10.1044/1058-0360(2003/070)
- Bandura, A. (1986). THE EXPLANATORY AND PREDICTIVE SCOPE OF SELF-EFFICACY THEORY. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359.
- Baxter, S., Johnson, M., Blank, L., Cantrell, A., Brumfitt, S., Enderby, P., & Goyder, E. (2016). Non-pharmacological treatments for stuttering in children and adults: a systematic review and evaluation of clinical effectiveness, and exploration of barriers to successful outcomes. *Health Technol Assess*, 20(2), 1-302, v-vi. doi:10.3310/hta20020
- Blomgren, M. (2010). Stuttering treatment for adults: an update on contemporary approaches. *Semin Speech Lang*, 31(4), 272-282. doi:10.1055/s-0030-1265760
- Blood, G. W. (1995). Power2Relapse Management With Adolescents Who Stutter. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 26(2), 169-179. doi:10.1044/0161-1461.2602.169
- Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., & Ingham, R. J. (2006). Stuttering treatment research 1970-2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches.(Tutorial). *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 321.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2011). Self-regulation of Action and Affect. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of Self-Regulation, Research, Theory, and Applications* (2 ed., pp. 3-18). new York: The Guilford Press.
- Craig, A. (1998). Relapse following treatment for stuttering: a critical review and correlative data. *Journal of Fluency Disorders*, 23(1), 1-30. doi:10.1016/S0094-730X(97)00027-2
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2011). Resilience and Stuttering: Factors that Protect People from the Adversity of Chronic Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54(6), 1485-1496. doi:10.1044/1092-4388(2011/10-0304)
- Finn, P. (2003). Addressing generalization and maintenance of stuttering treatment in the schools: a critical look. *Journal of Communication Disorders*, 36(2), 153-164. doi:10.1016/S0021-9924(03)00004-2
- Finn, P. (2007). Self- Control and the Treatment of Stuttering. In E. G. Conture & R. F. Curlee (Eds.), *Stuttering and Related Disorders of Fluency* (3 ed., pp. 344-360). New York: Thieme Medical Publisher.
- Guitar, B. (2014). *Stuttering : an integrated approach to its nature and treatment* (4th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Herder, C., Howard, C., Nye, C., Vanryckeghem, M., & Herder, C. (2006). Effectiveness of Behavioral Stuttering Treatment: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 33(1), 61-73.
- Humeniuk, E., & Tarkowski, Z. (2017). Overview of research over the efficiency of therapies of stuttering. *Polish Annals of Medicine*, 24(1), 99-103. doi:<https://doi.org/10.1016/j.poamed.2016.11.007>
- Ingham, R., Ingham, J., & Bothe, A. (2012). Integrating Functional Measures With Treatment: A Tactic for Enhancing Personally Significant Change in the Treatment of Adults and Adolescents Who Stutter *Am. J. Speech-Lang. Pathol.* (Vol. 21, pp. 264-277).
- Irani, F., Gabel, R., Daniels, D., & Hughes, S. (2012). The Long Term Effectiveness of Intensive Stuttering Therapy: A Mixed Methods Study. *Journal of Fluency Disorders: Official Journal of the International Fluency Association*, 37(3), 164-178. doi:10.1016/j.jfludis.2012.04.002

- Johnson, M., Baxter, S., Blank, L., Cantrell, A., Brumfitt, S., Enderby, P., & Goyder, E. (2016). The state of the art in non-pharmacological interventions for developmental stuttering. Part 2: qualitative evidence synthesis of views and experiences. *Int J Lang Commun Disord*, 51(1), 3-17. doi:10.1111/1460-6984.12182
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Manning, W. H. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders*. Clifton Park, NY: Delmar, Cengage Learning.
- Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2009). Cognitive Behavior Therapy for Adults Who Stutter: A Tutorial for Speech-Language Pathologists. *Journal of Fluency Disorders: Official Journal of the International Fluency Association*, 34(3), 187-200. doi:10.1016/j.jfludis.2009.09.002
- Plexico, L., Manning, W. H., & DiLollo, A. (2005a). A Phenomenological Understanding of Successful Stuttering Management. *Journal of Fluency Disorders*, 30(1), 1-22. doi:10.1016/j.jfludis.2004.12.001
- Plexico, L., Manning, W. H., & DiLollo, A. (2005b). A Phenomenological Understanding of Successful Stuttering Management. *Journal of Fluency Disorders: Official Journal of the International Fluency Association*, 30(1), 1-22. doi:10.1016/j.jfludis.2004.12.001
- Plexico, L. W., Manning, W. H., & Levitt, H. (2009). Coping Responses by Adults Who Stutter, Part II: Approaching the Problem and Achieving Agency. *Journal of Fluency Disorders: Official Journal of the International Fluency Association*, 34(2), 108-126. doi:10.1016/j.jfludis.2009.06.003
- Plexico, L. W., Manning, W. H., & Levitt, H. (2009). Coping responses by adults who stutter: part I. Protecting the self and others. *J Fluency Disord*, 34(2), 87-107. doi:10.1016/j.jfludis.2009.06.001
- QSR International Pty Ltd. (2016). NVivo qualitative data analysis, version 11 [dataprogramvare]. Hentet fra <https://www.uio.no/.../forsk.../datafangst-og-analyse/nvivo/>
- Swift, M. C., Meredith, G., McCulloch, J., & Turville, C. (2015). Use of Scenari-aid to aid Maintenance of Stuttering Therapy Outcomes. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193, 253-260. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.268>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate : The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2nd ed. ed.). Hoboken: Taylor and Francis.
- Yairi, E., & Seery, C. H. (2015). *Stuttering: foundations and clinical applications* (2nd ed.). Boston: Pearson.

VEDLEGG 1

ARTIKKEL/DEBATTINNLEGG

Norsk Tidsskrift for Logopedi er åpent for ulike faglige standpunkt. Meningsytringene som kommer frem i de ulike innleggene står dermed for forfatterens egen regning – og deles ikke automatisk av redaksjonen. Norsk Tidsskrift for Logopedi fungerer som meldingsblad for alle medlemmer av Norsk Logopedlag. Redaksjonen forbeholder seg retten til å bestemme utgivelsesdato for innlevert manuskript. Utvalgte artikler fra hvert nummer vil bli publisert på NLL's internettside. Redaksjonen er svært glad for at du vil skrive i Logopeden. Hvis du følger noen praktiske og tekniske råd, sparer du redaksjonen for mye arbeid.

TEKNISKE RÅD

- 1) Artikkel inkludert overskrifter skal skrives i Times New Roman og enkel linjeavstand.
- 2) Ikke bruk bindestrek ved orddeling på slutten av en linje. Linjelengden i tidsskriftet er ikke det samme som i ditt dokument.
- 3) Avsnitt markeres med dobbelt linjeskift uten innrykk. Bruk linjeskift kun ved markering av avsnitt.

PRAKTISKE RÅD

- 4) Artikkelen innledes med hovedoverskrift. Bruk blokkbokstaver punkt 20 og fet skrift.
- 5) Artikkelens overskrifter skal ikke være nummererte. I tillegg til hovedoverskriften skal det brukes overskrifter på to nivå. Ved overskrifter i teksten på to nivå, skal første nivå være med BLOKKBOKSTAVER pkt 12 fet skrift. Og andre nivå med trykkbokstaver pkt 12 og fet skrift.
- 6) Artikkelen skal ha en appetittvekker på ca. 50-70 ord. Bruk pkt. 12 og kursiv.
- 7) Kun litteratur som er brukt i artikkelen skal oppføres som kilde.
- 8) Lengden på artikkelen bør ikke overstige 5 sider i tidsskriftet. En side i tidsskriftet utgjør ca 830 ord. (5 sider utgjør ca 4200 ord). Trykkeriet gjør nødvendige tilpasninger.
- 9) Artikkelen skal ha en presentasjon av forfatter, faglig bakgrunn, nåværende arbeidssted og epost-adresse. Ca. 20-50 ord.
- 10) To eksemplarer av bladet sendes forfatteren(e) etter publisering. Adressen bladene skal sendes til må oppgis.
- 11) Bilder og logoer lagres i JPG, TIFF eller EPS i så stor oppløsning som mulig.
- 12) Alt sendes til redaktør på e-post logoped.jannicke.karlsensp.uio.no

FAGFELLEVRDERING

Norsk Tidsskrift for Logopedi, Logopeden, er anerkjent som vitenskapelig tidsskrift. Dette innebærer at redaksjonen har system for fagfelle vurdering av vitenskapelige artikler. Fagfelle vurdering avtales med den enkelte artikkelforfatter. Materiellfrist for artikler som skal gjennom fagfelle er én måned før ordinær materiellfrist.

Erklæring vedrørende lengde på artikler i Norsk tidsskrift for logopedi

Jeg bekrefter med dette at vi godtar, og publiserer, artikler over 4200 ord i Norsk tidsskrift for logopedi. Retningslinjene for publisering er under revidering og inntil de nye retningslinjene er klare godtar vi artikler som er opp til 5000 ord. Dersom det er gode grunner til det kan vi også godta artikler som er noe lengre.

Jannicke Karlsen 29.05.2017

Jannicke Karlsen

Redaktør Norsk tidsskrift for logopedi

VEDLEGG 3

Informasjon til deltagere

Takk for at du har sagt ja til å bli intervjuet av oss!

Vi er to masterstudenter i logopedi ved Universitet i Oslo som skal samle inn kvalitative data for Hilda Sønsteruds prosjekt «Stammebehandling – Hva hjelper for hvem». Dette innebærer at vi skal intervju deg om hvordan du har opplevd deltagelsen i prosjektet. Tema vi vil berøre er bakgrunnen for at du ble med i prosjektet, ulike typer erfaringer underveis i deltagelsen, samarbeidet med logopeden og dine vurderinger av hva du har fått ut av deltagelsen. Du har anledning til å motta hovedspørsmålene før intervjuet dersom du ønsker dette, gi oss i så fall beskjed.

For best mulig kvalitetssikring vil vi begge være til stede under intervjuet, men bare en av oss vil være hovedintervjuer. Vi beregner maksimalt to timer til intervjuet.

Det vil bli tatt opp lydopptak av intervjuet. Disse lydopptakene vil bli transkriberte og anonymiserte, og vil bli slettet innen utgangen av 2017. Transkripsjonene av opptakene vil være grunnlaget for vår egen masteroppgave, samtidig som de vil bli brukt som utfyllende informasjon i Hildas prosjekt. Det vil ikke være mulig å identifisere deg som person i resultatene av studien når disse publiseres.

Dersom du likevel ikke ønsker å delta, kan du trekke deg når som helst uten å oppgi grunn.

Med vennlig hilsen

Anne Kristine Nordhassel og Ragnhild Hoft

VEDLEGG 4

Intervjuguide

Masterprosjektet *Stammebehandling - hva hjelper for hvem?*

Innledning (noe som sies av intervjuer)

Hensikten med intervjuet er å få dine tanker og synspunkter om oppfølgingen så langt i prosjektet. Vi vil forsøke å se tilbake på forløpet, og den totale nytteverdien av deltakelsen i prosjektet.

Før oppfølgingen/ Bakgrunn for deltakelse på prosjektet

Først vil vi gjerne prate litt om situasjonen før du begynte i logopedisk oppfølging hos logopeden.

- Når begynte du å tenke på å få hjelp for stammingen din?
- Hva var det som fikk deg til å bestemme deg for det?
- Hvordan kom du over invitasjonen eller ble rekruttert til deltakelse?
- Hva var det som gjorde at du ønsket å være deltaker i prosjektet?
- Hvis du skulle si noe om hvordan du hadde det da du begynte i prosjektet, hva ville du si da?
- Kan du fortelle litt om hvilke forventninger du hadde til deltakelsen?

Erfaringer og opplevelser under oppfølgingen

Så er vi nysgjerrige på hvordan oppfølgingen foregikk, og hvordan du opplevde den.

Generelt

- Hvis du skulle gi en kort beskrivelse av hva du har gjort i timene med logopeden så langt, hva ville du si da?
- Synes du logopedoppfølgingen har vært til noe hjelp for deg? Kan du si litt mer om det? (Hvis relevant: Hva tror du det var som hjalp?)
 - a. Var det noe logopeden sa eller gjorde?
 - b. Var det noe ved de enkelte elementene som du har prøvd ut i oppfølgingen som var spesielt nyttig?
 - c. Var det noe du skjønnte eller noe som gikk opp for deg?
 - d. Var det noe som skjedde i eller underveis i samarbeidet?
 - e. Var det noen temaer som var spesielt viktige å snakke om?
 - f. Var det noen elementer som dere prøvde ut i oppfølgingen som var spesielt viktig/nyttig?
 - g. Var det noe ved deg selv som du mener har betydning for prosessen/resultatet så langt?

Samarbeid med logopeden

- Hvis du prøver å huske tilbake til da du kom hit til Bredtvet og møtte logopeden første gangen, hvordan vil du beskrive det møtet? (personlig opplevelse, førsteinntrykk)
- Kan du forsøke å beskrive samarbeidsforholdet mellom deg og logopeden?
- Hva var det som bidro til at forholdet ble slik som det ble, tror du?

Vi er interessert i spesifikke handlinger eller andre hendelser, det kan være noe du eller logopeden sa eller gjorde, noe dere gjorde sammen, eller noe annet som skjedde i eller utenfor logopedkontoret.

- a. Kan du beskrive det (hendelsen) mer i detalj?
- b. Hvordan eller hvorfor tror du dette hjalp til å skape eller styrke (ev. svekke) samarbeidet/samarbeidsforholdet mellom deg og logopeden?

Beslutningsprosesser, mål og forventninger

- Du satte deg et/ flere mål i starten av prosjektet, har dette/ disse blitt endret underveis?

VEDLEGG 4

- Har forventningene blitt endret underveis?
 - Hva vil du si har påvirket eventuelle endringer i mål og forventninger?
- Hvordan kom dere frem til hvordan dere skulle jobbe underveis?
- Vil du si at ønskene dine for logopedoppfølgingen har blitt ivaretatt? Eventuelt *ikke* ivaretatt? På hvilken måte?
- Vil du si at timene med logopeden påvirket hvordan du har jobbet med stammingen? På hvilken måte?
 - a. Ble du mer eller mindre optimistisk?
 - b. Fikk du mer eller mindre lyst til å jobbe (motivasjon)?
 - c. Gjorde behandlingen/samarbeidet noe med forventningene til resultatet av arbeidet dere gjorde?

Overføring til hverdagen

- Var det noe du gjorde, trente på, eller fikk informasjon om som du fant ekstra nyttig og som du fortsatt ønsker å bruke i livet videre?
- Jobbet dere konkret med hvordan du kunne overføre det du lærte/ trente på til hverdagen?
 - a. Hvordan opplevde du dette?
- Hvordan har du selv jobbet med overføring utenfor oppfølgingstimene?
 - a. Hva gjør det lett/vanskelig?
 - b. Hva har hjulpet deg med å overføre til hverdagen?

Livshendelser/barrierer/hindringer

- I løpet av den tiden du har vært til oppfølging, skjedde det noe i livet ditt underveis som hadde betydning for oppfølgingen?
- Var det perioder av tvil eller motgang/medgang som påvirket noe? (Perioder hvor det gikk opp og/eller ned?)
- Var det noe ved oppfølgingen du ikke likte eller ikke var så fornøyd med?
 - Tok du evt. det opp med logopeden/Hilda?
- Er det noe som kunne ha vært gjort annerledes, synes du?

Erfaringer og opplevelser i tiden etter oppfølgingen

Nå har det jo gått en tid siden selve logopedoppfølgingen ble avsluttet.

- Hvis du skulle si noe om hvordan du har det nå, etter oppfølgingen, hva vil du si da? (utvikling over tid, fra rett etterpå til i dag?)
- Hvordan er forholdet ditt til stammingen din i dag?
- Vil du si at du har nådd målene du satte deg på forhånd? (Kan du utdype/si litt mer om det?) Hvis ikke, vil du jobbe videre for å nå målene dine? På hvilken måte?
- Hvis dette hadde vært en reell behandlingssituasjon – hvordan ville du ha ønsket samarbeidet/ støtten/ hjelpen?
- Hvor ofte kunne du tenke deg å møte logopeden, f.eks. det neste året eller de de neste to årene?
 - Tenker du evt. at du har fått tilstrekkelig hjelp/støtte for å fortsette veien videre uten oppfølging?
- Er det noe spesielt som du vurderer som ekstra utfordrende på veien videre?

Mulig avslutning av intervjuet:

- Hvordan er det for deg å være med i et slikt forskningsprosjekt?
- Hvis du skal trekke fram tre forhold som du anser som mest betydningsfulle for deg underveis i prosjektdeltakelsen, hva vil du da trekke fram?
- Er det noe du vil tilføye til det du har sagt til nå?

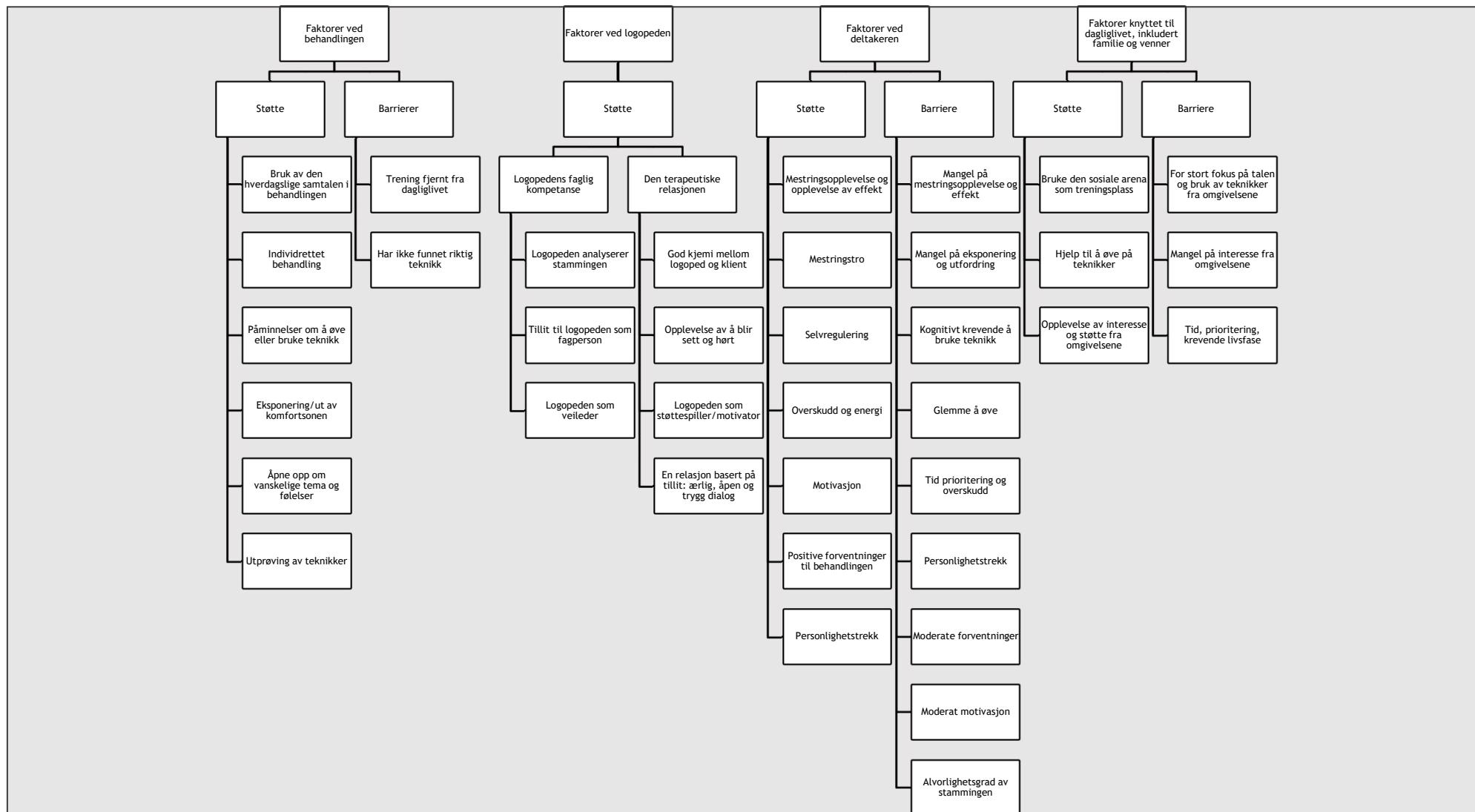
Til slutt, takk for at du har vært positiv til å bidra i prosjektet så langt, og å være tilgjengelig også for dette intervjuet, Det setter vi stor pris på. Ved dette bidrar du blant annet til å øke kvaliteten på logopedisk behandling.

Transkripsjonsnøkkel

etter intervjuer gjennomført januar/ februar 2017
tilknyttet prosjektet *Stammebehandling – hva hjelper for hvem?*

- Normert bokmål
- Taler er markert ved D (deltager), I1 (hovedintervjuer) og I2 (biintervjuer) i eget felt i transkripsjonen
- Tegnsetting (punktum og komma): Plasseres etter skjønn (vurdert etter tonefall, pausering og grammatisk struktur), komma når deltaker fortsetter å snakke etter en ufullstendig setning
- Fyllord (f.eks “ehm”) og agrammatiske/ ufullstendige ytringer tas med
- Stammeøyeblikk utelatt
- “...” Ved nøling, inkludert fordi dette kan vise usikkerhet eller tenksomhet
- Hørbare følelsesuttrykk som latter, gråt etc. transkriberes i parentes
- Trykk og intonasjon: Har valgt å utelate dette fra transkripsjonen. Trykk er tatt med ved enkelte unntak. Dette noteres i de tilfellene i parentes etter ytringen.
- Pauser: Pauser lengre enn fem sekunder blir transkriberte i parentes: “(pause på 5 sek)”.
- Minimale responser fra intervjuerne, da særlig «hmh»: Disse er i hovedsak ikke tatt med når det er midt i informantens utgreiinger. De er derimot tatt med når de følges opp av spørsmål fra intervjuerne, eller når responsen fører til ytterligere utgreiing av intervjudeltakerne.
- Omskriving av tekst: I tilfeller hvor det deltakerne sier blir erstattet med annen tekst brukes klammeformer []. Det kan for eksempel være: “[ikke hørbart]” når det er vanskelig eller umulig å høre hva som bli sagt på lydopptaket, eller når teksten er skrevet om for å anonymisere. I noen tilfeller har vi også skrevet inn manglende ord, eller endret på teksten for å gjøre den mer grammatisk riktig, og dermed lettere å lese. I tilfellene hvor dette er gjort har vi skrevet supplert eller endret tekst i klammeformer, med forklaring i kommentarfeltet.
- Ved overlapp i tale mellom intervjuer og deltager, noteres dette i kommentarfeltet i transkripsjonen

Vedlegg 6



Figur 1: Resultater etter analysen

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Tor Even Svanes	22845521	30.11.2016	2015/1275/REK sør-øst C
			Deres dato:	Deres referanse:
			31.10.2016	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Hilda Sønsterud
Fagavdeling språk/tale
Statped
0495 Oslo

2015/1275 Stammebehandling for voksne - hva hjelper for hvem?

Forskningsansvarlig: Statped
Prosjektleder: Hilda Sønsterud

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 31.10.2016 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst C på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Endringen består i at det legges til nye medarbeidere i prosjektgruppen.

I tillegg vil datamaterialet i studien utvides noe, beskrevet slik av søker:

I tillegg til spørreskjemaer ønskes det å inkludere opplysninger hvor personene selv kan redegjøre for nytteverdien av de ulike elementene som er tatt i bruk i den individuelle stammebehandlingen. Hvilke aspekt og elementer i behandlingen som fungerer/ikke fungerer er hensiktsmessig og relevant informasjon i studien, samt å vite hvordan hver enkelt håndterer hverdagslige utfordringer knyttet til sin stamming. Studien inkluderer opptil 12 måneders oppfølgingsmålinger, og intervjuene planlegges gjennomført mellom mellom de planlagte 6 og 12 måneders oppfølgningene (follow-ups).

Vedtak

Endringsøknaden godkjennes jf. helseforskningslovens § 11.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektendringen gjennomføres slik det er beskrevet i prosjektendringsmeldingen og endringsprotokoll, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for *Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren*.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-Øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Med vennlig hilsen

Britt-Ingjerd Nesheim
professor dr. med.
leder REK sør-øst C

Tor Even Svanes
seniorrådgiver

Kopi til: *anne.berit.andreassen@statped.no*