



**UiO • Universitetet i Oslo**

## **Retningslinjer for stammebehandling til barnehagebarn**

### **En dokumentanalyse av europeiske retningslinjers metodologiske kvalitet**

**Trude Beseth Nordeide**

**Master i spesialpedagogikk med fordypning i logopedi**

**Antall studiepoeng: 40**

**Institutt for spesialpedagogikk  
Utdanningsvitenskapelig fakultet**

**Universitetet i Oslo**

**Vår 2021**

# Sammendrag

Masteroppgaven tar sikte på å undersøke hvordan fire nasjonale, kliniske, evidensbaserte retningslinjer for stammebehandling til barnehagebarn ser ut gjennom å undersøke deres metodologiske kvalitet. Gjennom å bruke analyseverktøyet AGREE 2 som vurderer seks ulike områder ved retningslinjen, har kvaliteten på hvordan retningslinjene er utformet blitt vurdert. Retningslinjene gis vurderinger i form av skårer ved hvert av de seks områdene. Etter å ha vurdert retningslinjene en og en har det vært av interesse å se på hvordan de både er like og skiller seg fra hverandre. Videre har funnene blitt sett opp mot evidensbasert praksis og implikasjoner for logopedier. Resultatene viser at det finnes relativt store forskjeller innen hvor detaljerte anbefalingene i retningslinjene er utformet, og at hvordan de er utviklet i hensyn til mengde og type ressursbruk også differensierer. Likevel vil det å forstå hvordan en retningslinje fungerer til sitt formål vanskelig kunne gi innsikt på en fullstendig måte ved kun å tekstanalysere retningslinjene. Videre implikasjoner for forskning rundt retningslinjer vil også kunne peke i retning av å forstå hvordan målgruppene i retningslinjen (både klienter og klinikere) opplever nytten av et slikt veiledende dokument.

# Forord

En vår går så fort, og plutselig var tiden inne for å gi ifra seg masteroppgaven.

Jeg vil rette en stor takk til min dyktige og støttende veileder Åse Sjøstrand, som har engasjert, inspirert og gitt ærlige tilbakemeldinger hele veien fra begynnelse til slutt. Jeg kjenner meg heldig som har fått hatt en så dyktig fagperson med på laget! Takk også for at jeg har fått være en del av EST-prosjektet, og alle interessante konferanser og møter jeg har blitt inkludert i.

Videre vil jeg takke mamma, Marit, og pappa, Rune, som har brukt av sin fritid til å gjøre nøysomt språkvaskarbeid, og som både har trøstet og gledet seg sammen med meg gjennom alt det dette semesteret har hatt gitt. Tusen takk til Mikkel som har heiet sånn på meg og hele veien har minnet meg på alt jeg får til når stresset har tatt meg!

Tusen takk til alle lærerike, faglige og støttende samtaler med studievenninner på Helga Engs. Studiegjengen som har holdt sammen siden første dag på fadderuken ved bachelor i spesialpedagogikk og hele veien til der vi sammen står i dag, samt de fine menneskene jeg har møtt gjennom mastertiden. Jeg er så innmari stolte av oss!

Tusen takk til alle som har hatt troen på meg!

29.05.2021

Trude Beseth Nordeide

# Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	8
<b>1.1 Tema, bakgrunn og avgrensning</b> .....	8
<b>1.2 Problemstilling</b> .....	9
<b>1.3 Begrepsavklaringer</b> .....	10
<b>1.4 Oppgavens oppbygging</b> .....	11
2.0 TEORI.....	13
<b>2.1 Hva er stamming?</b> .....	13
2.1.1 Definisjoner av stamming .....	13
2.1.2 Forekomst av stamming.....	14
<b>2.2 Stamming hos barnehagebarn</b> .....	15
2.2.1 Hvorfor oppstår stamming hos barnehagebarn? Det nevralt utgangspunktet.....	15
2.2.2 Naturlig bedring .....	16
2.2.3 Miljøfaktorers påvirkning og holdninger til egen stamming .....	16
2.2.4 Temperament, selvregulering og stamming.....	17
2.2.5 Komorbiditeter ved stamming .....	18
<b>2.3 Kartlegging</b> .....	18
<b>2.4 Hva forteller forskningen oss om stammebehandling?</b> .....	20
2.4.1 Gullstandard innen forskningsdesign.....	20
2.4.2 Evidens av kvalitet som grunnlag for stammebehandling.....	20
2.4.5 Indirekte og direkte behandlingstilnæringer.....	23
2.4.6 Generell kritikk av foreliggende forskning.....	26
<b>2.5 Evidensbasert praksis</b> .....	28
2.5.1 Hva er evidensbasert praksis (EBP) .....	28
2.5.2 Evidensbasert praksis og antagelsesbasert praksis .....	29
<b>2.6 Hvordan jobber logopeder med stamming?</b> .....	31
2.6.1 Norsk logopedisk utøvelse.....	31
2.6.2 Generelt om logopeders utøvelse av stammebehandling .....	33
2.6.3 Evidensbasert retningslinjer for stammebehandling.....	33
3.0 METODE.....	35
<b>3.1 Forskningsdesign</b> .....	35
3.1.1 Kvalitativt forskningsdesign med dokumentanalytisk tilnærming .....	35
<b>3.2 Datainnsamlingen</b> .....	36

3.2.1 Målet for oppgaven og startpunktet for datainnsamlingen.....	36
3.2.2 Hvordan ble landene utvalgt og kontaktet? .....	37
3.3 Utvalgsriterier .....	41
3.4 Det metodiske analyseverktøyet AGREE .....	41
3.4.1 Hva er verktøyet AGREE? .....	41
3.4.2 Hva slags informasjon ønskes gjennom bruk av AGREE for analysering? .....	42
3.4.3 Hvorfor er AGREE-verktøyet adekvat analyseverktøy for oppgaven? .....	43
3.4.4 Hvordan gjennomføre analyse med AGREE 2 som metodisk verktøy? .....	43
3.4.5 Spesifikke momenter for oppgavens analysegjennomføring .....	46
3.5 Validitet og reliabilitet .....	47
3.5.1 Validitet- og reliabilitetssjekk av analyseverktøyet.....	47
3.5.2 Reliabilitet .....	47
3.5.3 Validitet .....	48
3.5.4 Indre validitet.....	48
3.5.5 Ytre validitet .....	50
3.6 Forskningsetiske betraktninger .....	50
3.6.1 Behovet for å søke NSD og REK .....	50
3.6.2 Innholdstolkning og etiske aspekter ved dette .....	51
3.6.3 Kildekritikk.....	51
4.0 RESULTATER.....	52
4.01 Forskningsspørsmål for analysen .....	52
4.1 Fra datainnsamlingen .....	52
4.1.1 Funn rundt europeiske lands retningslinjestatus .....	52
4.1.2 Inklusjonskriterienes resultater for innsamlede retningslinjer .....	54
4.2 Presentasjon av innsamlede retningslinjer .....	55
4.2.1 Sveriges retningslinje .....	55
4.2.2 Nederlands retningslinje .....	55
4.2.3 Tysklands retningslinje .....	56
4.2.4 Maltas retningslinje .....	56
4.3 Resultatene fra AGREE-analysen .....	57
4.3.1 Resultatfremstilling på domenenivå .....	57
4.3.2 Betydning av vurderingspunkter som inngår i domeneene .....	59
4.4 AGREE-analysenes resultater – retningslinje for retningslinje .....	60
4.4.1 Sveriges retningslinje: « <i>Kliniska riktlinjer för lögopediska insatser vid stamning och stamningsproblematik</i> ».....	60
4.4.2 Nederlands retningslinje: « <i>Clinical Guideline. Stuttering in Children, Adolescents and Adults</i> ” .....	61

4.4.3 Tysklands retningslinje: “ <i>Clinical Practice Guideline. The Pathogenesis, Assessment and Treatment of Speech Fluency Disorders</i> ” .....	62
4.4.4 Maltas retningslinjer: “ <i>Fluency Disorders Policy</i> ”, “ <i>Fluency Disorders Pre-School Children Standard Operating Procedure</i> ” og “ <i>Fluency Disorders Pre-School Children Care Pathway</i> ” .....	63
5.0 DISKUSJON .....	64
5.1 Retningslinjenes domeneresultater sett i sammenheng med hverandre .....	64
5.2 Omfang og formål .....	64
5.2.1 Mindre variert praksis, mer likeverd og avgjørelsesstøtte .....	64
5.3 Involvering av interessenter .....	65
5.3.1 Klientenes stemme i behandlingsprosessen .....	65
5.3.2 Ansvarsområder og dets betydning for forebygging av utøvelsesulikheter .....	66
5.4 Nøyaktighet og konsistens i utviklingen .....	67
5.4.1 Oppdateringsprosedyrers betydning for evidensformidling .....	67
5.4.2 Felles forståelse av evidenskvalitet .....	68
5.5 Tydelighet i presentasjonen .....	69
5.5.1 Mindre uønsket variasjon i behandlingen .....	69
5.5.2 Homogenitet i behandlingen med heterogent forskningsgrunnlag – hvordan tilpasse? .....	70
5.6 Anvendbarhet .....	72
5.6.1 Logopeders tillit til retningslinjenes kliniske og praktiske funksjon .....	72
5.6.2 Hvordan gis det plass til skjønn i evidensbasert praksis? .....	73
5.6.3 Hvordan legger den foreliggende forskningen til rette for skjønn? .....	74
5.6.4 Ressursimplikasjoner for utøvelse av anbefalinger .....	75
5.7 Redaksjonell uavhengighet .....	75
5.7.1 Ressurser benyttet for utvikling av retningslinjene .....	76
5.7.2 Avklaring rundt konkurrerende interesser .....	76
6.0 OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE .....	78
6.1 Hva har blitt besvart i oppgaven? .....	78
6.2 Bruken av AGREE 2-manualen for analyse .....	78
6.3.1 Likheter i målsettinger og forskjeller i anbefalingsfremstilling .....	79
6.3.2 Å ta behandlingsavgjørelser med noe sprikende forskningsgrunnlag .....	79
6.3.3 Revideringshyppighet som grunnlag for klinikernes bruk av retningslinjen .....	80
6.3.4 Inkluderte og ekskluderte momenter i retningslinjen – et resultat av ressursbruk? .....	80
6.4 Hva kan trekkes ut av resultatene? .....	81
6.5 Begrensninger ved studien .....	81
6.6 Implikasjoner for videre forskning .....	82
6.6.1 AGREE som verktøy for å sørge for retningslinjekvalitet .....	82

<b>6.6.2 Behandlingsavgjørelser i møte med kulturelle og sosiale forskjeller</b> .....	83
<b>6.6.3 Logopeders tillit til retningslinjer</b> .....	83
<b>6.6.4 Hva støtter norske logopeder seg på i avgjørelser rundt behandling?</b> .....	84
<b>7.0 LITTERATURLISTE</b> .....	85
<b>8.0 VEDLEGG</b> .....	96
Vedlegg 1: Analyse av Sveriges retningslinje.....	96
Vedlegg 2: Analyse av Nederlands retningslinje.....	104
Vedlegg 3: Analyse av Tysklands retningslinje.....	112
Vedlegg 4: Analyse av Maltas retningslinje.....	120
Tabell 1: Oversikt over kontaktede land.....	39
Tabell 2: AGREE-verktøyets analyseområder.....	44
Tabell 3: Europeisk retningslinjestatus anno 2021.....	53
Tabell 4: Resultater fra AGREE-analysene.....	58
Tabell 5: Utregning av domeneskårenes prosentmessige oppslutning.....	59

Antall ord: 26582

# 1.0 INNLEDNING

*«Du som stammer trenger en individuelt tilrettelagt behandling, tilbudet skal være like bra i hele landet, enten du kommer fra en liten kommune eller en storby.(...). Men slik er det ikke i dag. Dette skyldes at Norge ikke har nasjonale retningslinjer for logopedbehandling, du som stammer må ta til takke med den behandlingen du får og du har liten anledning til å påvirke eller klage på behandlingen, og lovverket er komplisert og motstridende. Vi mener nasjonale retningslinjer vil styrke logopedtilbudet. Et tydeligere lovverk må på plass for å sikre at alle som trenger logopedbehandling, får et godt nok tilbud. (...) For det er helt opp til den enkelte kommune om de behandler stamming under opplæringsloven eller ikke.(...). Kommuner står dermed fritt til å tilby akkurat det de vil tilby. Dette skaper store kommunale forskjeller i behandlingstilbud.» (Wright og Olsen, 2017).*

Wright og Olsen (2017) problematiserer her det norske behandlingstilbudet gjennom å vise til at det finnes lite fastsatte rammer som bidrar til å sørge for at klienter får et godt og likeverdig tilbud. Med et logopedtilbud som går innunder flere lovverk, og med kommunale forskjeller innen ressursbruk vil dette kunne gå på bekostning av klienters opplevelse av bedring innen sin stamming.

## 1.1 Tema, bakgrunn og avgrensning

Den overordnede tematikken for masteroppgaven er behandling av stamming hos barnehagebarn. Det har også vært av interesse å lære mer om hvordan evidensbasert praksis legges frem for denne klientgruppen gjennom nasjonale, kliniske retningslinjer for stammebehandling.

Hva legges egentlig til grunn for den behandlingen som gis til barnehagebarn? Hvordan støttes logopeder i de avgjørelsene som tas i møte med klientene? Dette er spørsmål jeg begynte å stille meg ved masterprosjektets begynnelse. Videre utover det Wright og Olsen (2017) beskriver i kronikkutdraget, foreligger det forskning på norske logopeders behandlingsutøvelse som viser stor variasjon i hva som legges til grunn for avgjørelser og valg av stammebehandling (Ambjørnsen 2011; Høier, 2015). Det finnes også undersøkelser som peker i retning av at det i stor grad ikke legges evidens til grunn (Guttormsen, Melle, Hoff og Næss, 2019). I motsetning til mange land i



Europa er det ikke utarbeidet nasjonale, evidensbaserte retningslinjer til klinisk bruk for norske logopeder.

Slik utdraget fra Wright og Olsen (2017) viser til, rettes det også kritikk mot at klienter har lite medvirkning i behandlingen, og at kommunene har stor valgfrihet til grunnlaget for behandlingen, noe som kan medføre ulik behandling. Jeg vil senere i oppgaven komme tilbake til dette, da det i sammenheng med interesse for hvordan retningslinjer fungerer, er interessant å se nærmere på hva som legges til grunn for behandlingsutøvelse.

Dette vekket nysgjerrigheten min for å gjøre et dypdykk i hvordan andre lands kliniske retningslinjer for klinikere som gir stammebehandling til barnehagebarn er utformet.

Å kunne utøve evidensbasert praksis fordrer å kunne tilpasse for den enkelte ut fra forskning og erfaringer (Nippold, 2018). Det ønskes at den logopediske praksisen skal imøtekomme klienten gjennom individualisert tilrettelegging - samtidig som mange av de foreliggende studiene på stammebehandling til barnehagebarn ofte har ganske forskjellige deltakerkarakteristikker. Dette har bydd på enkelte konkluderingsutfordringer rundt behandlingseffekt (Baxter et. al., 2016). Det å skape en felles retning for behandlingsutøvelse for å kunne motvirke en eventuell forskjellsbehandling, er blant annet brukt som et argument i en av retningslinjene vi skal møte i oppgaven (Grundström, Lindström, Lundström, Pihlgren, 2015).

Min interesse har spisset seg inn mot å undersøke den metodologiske kvaliteten ved innsamlede retningslinjer.

## **1.2 Problemstilling**

Masteroppgavens problemstilling er *«Hvordan er den metodologiske kvaliteten ved ulike nasjoners evidensbaserte retningslinjer for stammebehandling til barnehagebarn?»*.

Med problemstillingen som paraply ønsker jeg å besvare følgende underspørsmål:

1. *«Hvordan skiller ulike lands retningslinjer seg fra hverandre innen metodologisk kvalitet?»*
2. *«Hvilken betydning har kvalitetsfunnene i lys av evidensbasert praksis og implikasjoner for logopeder?»*

### 1.3 Begrepsavklaringer

Gjennom oppgaven vil det være enkelte begreper som er relativt gjentakende, og for å kunne skape en felles forståelse for hvordan disse er brukt vil jeg her vise til deres betydning i denne oppgavens øyemed.

*Barnehagebarn:* I oppgaven er begrepet barnehagebarn å betegne som barn opp til 6 år. I den engelske litteraturen det er hentet teori fra og retningslinjene jeg har analysert, har «preschool children» vært det engelske erstatningsordet som er benyttet synonymt med «barnehagebarn». Også «barn» er blitt benyttet som synonym enkelte steder i teksten.

*Behandling:* Behandling defineres av NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid): «Den tradisjonelle, medisinske bruken av begrepet innebærer at behandling er spesifikke tiltak som settes i verk for å fjerne eller lette symptomer på og/eller årsak til sykdom.» (NAPHA, 2020). Selv om dette ikke handler spesifikt om stamming (og at stamming så visst ikke er en sykdom, men en taleflytvanske (NIFS, u.å.)), gir dette en forståelse av hva som ilegges begrepet «behandling». Sett opp mot stamming kan det trekkes i retning av en forståelse av at tiltak iverksettes for å arbeide for at det som er utfordrende med stammingen skal oppleves lettende på sikt.

*Behandlingsprosess (sett spesifikt i sammenheng med stammebehandling):* I oppgaven brukes ordet «behandlingsprosess» i betydningen av alle delene som inngår i behandling, som også omtales av Baluyot, Hoff og Melle (2019); Forarbeid med innhenting av opplysninger, samtale med barnet og andre relevante personer rundt barnet, kartlegging av diverse aspekter ved stammingen, og en konklusjon om hvorvidt behandlingen kan avsluttes eller nye intervensjoner bør igangsettes.

*Bias:* I mangel på et bedre norsk ord vil begrepet «bias» bli benyttet ved omtale av forskning og evidens. På norsk vil dette omhandle «skjevhetsrisiko» og «feilaktighet» i studien. Bias betydning for forskningen kan vises ved følgende: «Konsekvenser av bias innen forskning kan være at resultatene man oppnår ikke reflekterer virkeligheten, fordi man i løpet av forskningsprosessen har brukt en "skjevhet" i metodikken og/eller i presentasjon av resultatene. Bias kan begrense, i varierende grad, relevansen og anvendbarheten til en forskningsstudie. Vi kan med andre ord ikke stole på konklusjonene fra studien.» (Staff, 2015).

*Klient:* I oppgaven brukes ofte begrepet «klient» som et begrep for den som mottar behandling.

*Kliniker:* Begrepet «kliniker» benyttes ofte i retningslinjene jeg har lest. Det benyttes også i flere engelske forskningsartikler. Fordi oppgaven også omhandler kliniske retningslinjer, er begrepet «kliniker» benyttet synonymt med «logoped».

*Nasjonale retningslinjer:* I oppgaven vil det ved bruk av begrepet «nasjonale retningslinjer», være av samme betydning som «nasjonale, kliniske, evidensbaserte retningslinjer for stammebehandling til barnehagebarn». Den forkortede måten å skrive på benyttes flere steder i teksten da den fullstendige formuleringen kan fremstå uhensiktsmessig lang i et leserøyemed. Også «kliniske retningslinjer» blir enkelte steder benyttet synonymt med nevnte beskrivelse.

*Onset:* I engelsk litteratur nevnes ofte «onset»-begrepet. I mangel av et bedre norsk ord brukes ordet flere steder i oppgaveteksten i forbindelse med «stammeonset», som omhandler når stammingen viser seg for første gang. Begrepet benyttes blant annet i Yairi og Seerys (2015) omtale av stammingsens begynnelse.

*Signifikante andre:* I oppgaven benyttes begrepet «signifikante andre» i form av viktige personer i barnets nærmiljø.

*Stamming:* I oppgavens øyemed vil begrepet «stamming» benyttes i betydningen av «utviklingsmessig stamming».

#### **1.4 Oppgavens oppbygging**

I oppgavens første del kommer et kapittel som tar for seg teori. Teorien viser til hva stamming hos barnehagebarn er, og hva den foreliggende forskningen sier om behandling til denne klientgruppen. Det vil også legges frem teori om evidensbasert praksis, samt fremleggelse av forskning som har sett på hvordan logopeder – både i Norge og internasjonalt – arbeider med stammebehandling. Hva evidensbaserte retningslinjer er, og hva som legges frem av fagfolk om dette vil også fremkomme.

Neste kapittel i oppgaven omhandler metode. Her vil det komme frem teori rundt de vitenskapelige metodene som er anvendt for å gjennomføre masterprosjektet. Det blir også gitt beskrivelser om hvordan datainnsamlingen er gjennomført, i tillegg til refleksjoner rundt validitets- og reliabilitetsaspekter.

Videre kommer resultatkapittelet. Her vil forskningsspørsmål 1 besvares, og det vil gjennom analysene av retningslinjene bli forsøkt å gi innsikt i hvordan dokumentenes innhold er like og ulike fra hverandre. Det vises til presentasjoner av de innsamlede retningslinjene, og sammendrag fra analysene gjort ved alle retningslinjene (de fullstendige analysene som er gjort ligger vedlagt til oppgaven).

Etter resultatkapittelet kommer diskusjonskapittelet. Her besvares forskningsspørsmål 2. Funnene fra resultatkapittelet og de fullstendige analysevedleggene vil sammen med relevant teori drøftes i henhold til de samme seks områdene som går igjen i det benyttede analyseverktøyet.

Til sist kommer et oppsummeringskapittel. Her sammenfattes oppgaven og det gis oversikt over hvordan den overordnede problemstillingen har blitt besvart, og hvilken informasjon som er kommet frem til oppgavens formål. Her vil også begrensninger ved studien, samt implikasjoner for videre forskning utdypes.

Som nevnt vil fullstendige analysevedlegg finne sted under referanselisten.

God lesning!

## 2.0 TEORI

### 2.1 Hva er stamming?

#### 2.1.1 Definisjoner av stamming

##### *Generelle definisjoner av stamming*

Stamming beskrives gjennom ICD-10 (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer) som: *“hyppig gjentakelse eller forlengelse av lyder, stavelser eller ord, eller ved hyppig nøling eller pauser som avbryter den rytmiske talestrømmen. Diagnosen skal bare brukes hvis forstyrrelsen er så alvorlig at den tydelig forstyrrer taleflyten”* (Direktoratet for e-helse, 2018, s. 206). Dette viser til en vinkling som tar sikte på det fysiske ved talen, og går ikke videre inn på det som av Guitar (2019) omtales som de sekundære elementene ved taleflytvansken – nemlig klientens følelsesmessige opplevelse av stammingen. I utdraget fra ICD-10 kan det stilles spørsmålstegn ved hvorvidt definisjonen inkluderer de subjektive og psykologiske aspektene ved taleflytvansken, eller om dette kun dreier seg om en vansketilstand som må observeres gjennom det hørbare for å kunne omtales som stamming.

Alm (2004) kobler fysiske og psykologiske faktor, og viser til hvordan stamming kan komme til uttrykk på ulike måter. Her beskriver han hjerneaktivitet ved stamming i sammenheng med motoriske svekkelser og temperamenttrekk:

*“Stuttering is related to a range of motor symptoms (like various types of repetitions, blocks, and accessory motor behaviors) and maybe also to temperamental traits like increased behavioral activation. Some persons who stutter show only one or a few of these symptoms, while others have many. (...)”* (Alm, 2004, s. 350).

En subjektiv definisjon er vektlagt i Shapiros definisjon av stamming; *“Stuttering is whatever people who stutter feel their own stuttering to be”* (Shapiro, 2011, s. 8). Stamming oppleves forskjellig fordi mennesker er unike individer. Det subjektive i stammingen er vesentlig å ta høyde for, fordi, slik en kan tolke Shapiro, det kan være definerende for hvilken utfordring stammingen innebærer hos den enkelte. Dette er også sammenlignbart med det Alm (2004) beskriver ovenfor, om at ulike personer kan vise ulike grader av- eller former for symptomer. Van Riper introduserte det logopediske fagfeltet for begrepene «core behaviours» (kjerneatferd) og «secondary behaviors» (sekundæratferd). Kjerneatferden viser til repetisjoner, forlengelser og blokkeringer.

Sekundæratferden viser til unngåelsesatferd og bekymring tilknyttet kjerneatferden. Van Riper (1982) hevdet at sekundæratferden var et resultat av håndtering av kjerneatferden.

### ***Stamming som utvikles i barneårene***

De generelle definisjonene ovenfor vil selvsagt også kunne gjelde for barn, men det skilles også på to typer stamming; utviklingsmessig og ervervet stamming. Når vi snakker om stamming hos barnehagebarn er det vanlig å snakke om utviklingsmessig stamming. Den utviklingsmessige stammingen skiller seg fra den ervervede stammingen nettopp ved at den utvikles i barneårene. Den oppstår sammen med utviklingen av talen. I motsetning oppstår gjerne ervervet stamming i forbindelse med en skade i eldre alder, og en har fra før skadetidspunkt hatt normal tale (Lawrence og Yaruss, u. å.). Videre i oppgaven vil ordet «stamming» benyttes synonymt med utviklingsmessig stamming.

Yairi og Seery (2015) viser til de mangesidige faktorene rundt stamming, hvor definisjonen av stamming omfatter hvordan ulike faktorer kan ha betydning for utvikling av videre talemessige og psykososiale reaksjoner:

*“Near its onset in young children, stuttering is a speech disorder (also known as “developmental stuttering” because of its childhood onset) [...] disruptions in the form of one or all of the following: sound/ syllable repetitions, sound/postural prolongations, and complete blockages of the vocal tract [...] 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. These additional characteristics intensify as the disorder persists and, to the person who stutters may be more disturbing than the stuttered speech events.” (Yairi & Seery, 2015, s. 18).*

Denne definisjonen av stamming viser tydelig det en kan tenke på som et helhetlig, eller såkalt holistisk, blikk på det som involveres i en taleflytvanske. Yairi og Seery (2015) belyser stamming som en multidimensjonal vanske, hvor det tas høyde for både de fysiske observerbare sidene, og den subjektive opplevelsen av å stamme.

#### **2.1.2 Forekomst av stamming**

De aller fleste som begynner å stamme gjør det nær 3-årsalderen, hvorav omtrent 95% begynner å stamme før de fyller fire år (American Speech-Language-Hearing Association, u.å.). Fordi

stamming defineres noe ulikt, finnes det også ulike tall på prevalens innen stamming (Guitar, 2019). En studie gjennomført av Craig, Hancock, Tran, Craig og Peters (2002) viste at vedvarende stamming gjennom et helt livsløp har en prevalens på 0,72%. Reilly (et al., 2013) fant at insidensen ved stamming ved 4-årsalder lå på 11,2%.

## 2.2 Stamming hos barnehagebarn

### 2.2.1 Hvorfor oppstår stamming hos barnehagebarn? Det nevralt utgangspunktet

Før 2013 var det, ifølge Chang og Zhu, gjort få studier som undersøker barns nevralt grunnlag for stamming. De hevdet at det var gjort langt mindre forskning rundt dette hos barn som stammer enn ved andre nevroutviklingsmessige tilstander (Chang og Zhu, 2013). I forskningslitteraturen synes det å være noe ulik vinkling og vektlegging på ulike årsaker til stamming. Differensieringen og vektleggingen synes blant annet å ha bakgrunn i de ulike fagområder stamming går innunder.

*«Stuttering usually begins at the very time that great advances in sentence construction occur, and it seems tenable that, when the speech models provided by the parents or siblings of the child are too difficult for him to follow, some faltering will ensue»* (Van Riper, 1973 referert i Guitar, 2019, s. 81).

Van Riper beskriver her hvordan stamming har et relativt multifaktorielt bakgrunnstappe. Hvorfor noen barn begynner å stamme kan ha flere grunner, og forskning har også vist tegn til hvilke predikatorer som kan virke som risikofaktorer for utvikling av stamming. Man har sett at utviklingsmessige faktorer i mange tilfeller har betydning for stammingens onset. Det har vært observert at mange av barna har opplevd onset i en fase av barnehagealderen når det er stor utvikling på kort tid (Andrews et. al., 1983; Bloodstein & Ratner, 2008; Wingate, 1983; Yairi & Ambrose, 2005 referert i Guitar, 2019). Denne utviklingen som viser seg som en språkspurt, gjerne ved 3-årsalder, stiller følgelig økte krav til hjernekapasiteten. Hjernen skal i økende grad håndtere og ta imot flere signaler samtidig. Grunnet barns fortsatt underutviklede nervesystem kan dette gjøre signaloverføringene utfordrende, og kapasiteten for å bearbeide de forskjellige signalene kan svekkes. Fordi nervesystemet dermed i større grad må prioritere hvilke signaler som skal benyttes, kan dette føre enten til at tale- og språkferdighetene forsinkes, eller at de talemotoriske ferdighetene forsinkes slik at stamming oppstår (Hiscock og Kinsbourne, 1977; 1980 referert i Guitar 2019).

Når det kommer til risikofaktorer som kan være prediktive for å oppleve stamming er det vist til at enkelte arvelige komponenter kan virke som utgangspunkt for stammeonset. Ambrose og Cox (1993, referert i Kraft og Yairi, 2011) viste at 71% av de 69 barnehagebarna de undersøkte hadde andre i familien som stammet. Det er også vist til at gutter i større grad enn jenter opplever vedvarende stamming, og at jenter har en større bedringsprognose ved stamming enn gutter (Yairi og Ambrose, 1999). Ved forskning på hjernestrukturer hos barn som stammer er det blant annet funnet at gutter og jenter i alderen 3-9 år som stammer, viser ulike strukturelle forskjeller i hjernen. Guttene hadde svekkede koblinger i enkelte områder i hjernen, mens de samme koblinger hos jentene ikke var vist til (Chang og Zhu, 2013).

### **2.2.2 Naturlig bedring**

Hos mange barn som stammer i tidlig småbarnsalder går stammingen over i løpet av førskolealderen. Bloodstein og Ratner (2008, referert i Hoff og Sønsterud, 2019) fant i en litteraturgjennomgang at så mange som 75% slutter å stamme av seg selv, uten behandling. Det er et relativt stort spenn innen hvor høy denne prosentandelen faktisk er, noe Bloodstein og Ratner hevder kan ha sin bakgrunn i ulike definisjoner av hva stamming er, samt hvordan forskningen av de registrerte er gjennomført (Bloodstein og Ratner, 2008 referert i Hoff og Sønsterud, 2019). Reilly (et. al., 2013) fant gjennom et stort antall deltakere at mange barn opplever at stammingen opphører i løpet av de 12 første månedene. Dette omtales som naturlig bedring, og bør ifølge Guttormsen, Melle, Hoff og Næss (2019) tas høyde for ved vurdering rundt behandling. Å vite når barnets opphør av stammingen er et resultat av den naturlige bedringen eller effekt av behandlingsprogrammet, kan være utfordrende. Flere studier har vist at de tre første månedene etter behandlingens begynnelse er essensielle for å kunne frembringe bedringseffekt (Sonneder ville-Koedoot et. al., 2015; Harris et. al., 2002; Lattermann et. al., 2008 referert i Guttormsen, Melle, Hoff og Næss, 2019).

### **2.2.3 Miljøfaktorers påvirkning og holdninger til egen stamming**

Guitar (2019) viser til at faktorer som stress og press i barnets hverdagsmiljø kan bidra til at stamming oppstår. Videre er det gjort studier på ulike miljømessige påvirkninger på barnet, hvor det er blitt funnet, blant annet gjennom Yairis studier (Yairi, 1997 referert i Guitar, 2019) at foreldrene ikke er årsaken til at sitt barn stammer. Studier av det språklige miljøet har vist at det finnes evidens for at noen foreldre til barn som stammer har større tendens til å avbryte, ha et raskt taletempo og et mer komplekst språk enn andre foreldre. Det anses som vesentlig å nevne at det også finnes data som tyder på at dette ikke stemmer, men at det likevel kan konkluderes med at barn som stammer vil kunne dra nytte av et mindre «stressende» språklig miljø (Guitar, 2019).



I 2019 ble det gjennomført en studie som viste at de aller fleste foreldreinformantene kunne fortelle at barnet deres ble negativt påvirket av stammingen sin. Resultatene indikerte at den negative opplevelsen av stammingen syntes å være fremtredende hos de som hadde vedvarende stamming og de som opplevde at stammingen ble eliminert (Yaruss og Næss, 2019 referert i Guttormsen et. al., 2019). Dette støttes også gjennom funnene i metaanalysen til Guttormsen, Kefalianos og Næss (2015) som så på forskjeller mellom holdninger til kommunikasjon hos barn som stammer og barn som ikke stammer i alderen 3-18 år. Funnene viste til at det er forskjeller innen hvor omfattende barnehagebarn opplever negative holdninger til kommunikasjon. Likevel opplever de negative holdninger i større grad enn barna som ikke stammer, noe som også synes å øke med alderen (Guttormsen, et. al., 2015). Når det foreligger forskningsmessig kunnskap om at negative holdninger til kommunikasjon også kan bidra til økt grad av utfordringer tilknyttet stammingen, og at stamming kan vise seg ulikt hos ulike personer, vil dette kunne være et tydelig argument for å initiere til stammebehandling utover det rent observerbare.

#### **2.2.4 Temperament, selvregulering og stamming**

Det er blitt diskutert hvorvidt et sensitivt temperament kan virke prediktivt for økt grad av stamming. Kefalianos, Onslow, Menzies, Block og Reilly (2012) gjorde en litteraturgjennomgang av 10 forskningspublikasjoner som tok for seg temperament hos barnehagebarn og angstutvikling. Funnene var vage, og en kunne i liten utstrekning fastsette resultatene som fakta. Det ble likevel svakt indikert at sensitivt temperament kan ha påvirkende kraft på stammingen og videre angstutvikling. En undersøkelse gjennomført av Kefalianos, Onslow, Ukoumunne, Block og Reilly noen år etter (2014), av barn som stammet i alderen 2-4 år, viste at disse ikke hadde noen økt grad av medfødt sensitivt temperament enn barna i kontrollgruppen, og en fant ingen tegn til økt grad av temperamentssensitivitet innen aldersspennet studien inkluderte. Med de tidligere studiene som var gjort, blant annet av Reilly i 2010 (referert i Kefalianos et. al., 2014) kan det også her vises til noen usikkerheter rundt validitet av forskningsresultat på bakgrunn av deres funn om at kun 1 av 5 foreldre søkte hjelp på bakgrunn av kommunikasjonsvanskene til barna. Dette kan videre ha ført til at observerbar alvorlighetsgrad av stammingen kan ha hatt betydning for hvilke barn som oppsøkte logopedhjelp, og videre hvilke barn som faktisk ble undersøkt for temperamentssensitivitet. Kanskje kan dette ha svekket studiens validitet noe.

Av senere studier finnes en RCT-studie gjennomført av Druker, Mazzucchelli og Beilby, (2019) hvor de så på hvordan implementering av resiliensbyggende komponenter sammen med stammebehandlingen kunne ha en positiv innvirkning på psykososiale forhold mellom barn og foreldre – og også taleflyt. Her fant man at dette virket suksessfullt inn på begge målaspektene, og det ble nevnt at dette kunne tenkes å være en prognoseindikator for vedvarende taleflytbedring.

### **2.2.5 Komorbiditeter ved stamming**

I tillegg til at vi nå har sett at stamming i noen tilfeller kan ha en korrelasjon med emosjonelle utfordringer som angstfylthet, sensitivt temperament og at miljøfaktorer i enkelte tilfeller kan ha en påvirkende kraft i stammeomfatning er det også undersøkt hvordan andre vansker og diagnoser kan sammenfalle med stamming. Blant studier som har sett på komorbiditeter, er det en flere studier som har sett på sammenhengen mellom stamming og oppmerksomhetsvansker. Det er blant annet funnet at det foreligger et felles avvik i nervebanenes strukturer (Ratcliff-Baird, 2001 referert i Bjørvik, 2019). Sammenhengen forstås gjennom at utfordringer med impuls kontroll hos mennesker med ADHD, kan ha en sammenheng med hvordan oppmerksomheten til talen rettes. ADHD har også blitt ansett å være komorbid med en annen taleflytvanske – løpsk tale. Ward (2018, referert i Bjørvik, 2019) sier blant annet at når oppmerksomheten og impulsen er vanskelig å styre, vil dette også kunne ha betydning for tempo i talen og hvordan talen organiseres og struktureres.

Druker, Mazzucchelli, Hennessey og Beilby (2020) undersøkte barnehagebarn som hadde oppmerksomhetsvansker/hyperaktiv forstyrrelse, og fant at ved å tilsette såkalt evidensbasert foreldrestøtte sammen med ordinær stammebehandlingstilnærming, ga dette bedring både i taleflyt og atferdsmessige endringer. Det viste seg også etter tre måneder med oppfølging at bedringen var holdt vedlike. Studien konkluderte også med at evidensbasert foreldre praksis kunne være et viktig bidrag ved tidlig stammebehandling med komorbide tilfeller som dette. Jeg vil på et senere tidspunkt forklare mer om hva evidensbasert foreldrestøtte innebærer.

Enkelte diagnoser av utviklingsforstyrrelser som for eksempel autisme og Downs Syndrom kan også innebære taleflytbrudd. Ved autisme er det identifisert flere former for taleflytbrudd, hvor ikke alle er å regne som utviklingsmessig stamming. Enkelte flytbrudd kan også ligne uten å være tilknyttet stamming direkte, grunnet kommunikasjonsmønsteret (Scott, 2015). Slike taleflytbrudd har også blitt funnet å fremstå i samme alder som stamming normalt har sitt onset – nemlig i barnehagealder (Plexico et. al., 2010 referert i Scott, Tetnowski og Yaruss, 2014). Ved Downs Syndrom har også stamming og stammelignende tale blitt sett i sammenheng med krav og kapasitet, og at taleutviklingsforsinkelser sammen med økte krav fra miljøet kan være bidragsytende (Bray, u. å.)

## **2.3 Kartlegging**

Hvilke kartleggingstilnærminger som benyttes er av betydning for å avgjøre hvordan behandlingen videre bør foregå, og hvilke aspekter som bør vektlegges. Det er vesentlig å benytte adekvat

kartlegging som tar for seg holismen ved stammingen og de individuelle forskjellene som fremkommer av dette. Barnets egenmedvirkning skal også tas høyde for i logopedens avgjørelse av hvilken behandlingsform som skal gjennomføres (Guitar, 2019).

“*Stuttering is not a unitary disorder but a cluster of disorders of varying degrees of complexity and relatedness*” (Sheehan, 1970, s. 262). Sheehan visualiserte sin forståelse av stamming som en multifaktoriell vanske gjennom hans mye omtalte «Isfjell-modell». Poenget med Isfjell-modellen er å fremstille og forstå både det observerbare og skjulte ved stammingen. Over vannflaten finnes den synlige delen av isfjellet som kommer til uttrykk blant annet gjennom de hørbare bruddene i talen som gjentakelser, forlengelser og blokkeringer. Den delen av isfjellet som ligger under vannoverflaten viser til de holdningene og følelsene individet har til sin stamming (Baluyot et. al., 2019; Sheehan, 1970). Modellen er laget slik at den «usynlige» delen som befinner seg under overflaten er den aller største. Som nevnt tidligere, kan stamming komme til uttrykk ulikt, og ulike faktorer kan virke triggende for graden av stamming hos barnehagebarn. Også Anne Smith med kolleger har argumentert for viktigheten av å ta høyde for flere faktorer når det kommer til hvordan å forstå stamming. Smith med kolleger gjennomførte flere studier hvor man observerte atferd ved stammeøyeblikk. De har flere forskere med seg når det kommer til å anse følelser og holdninger til stammingen som vesentlig i behandlingsarbeidet (Smith og Weber, 2017 referert i Guitar, 2019).

I forskningen er det gjennomgående at mange av RCT-studiene måler stamming gjennom å undersøke prosentandel stammede stavelser (%SS). Blant annet vises dette gjennom de inkluderte studiene i Nye (et. al., 2013) og nyere studier (eksempelvis Sonnevill-Koedoot, Stolk, Rietveld og Franken, 2015; Trajkovski et. al., 2019; Donaghy, O'Brian, Onslow, Lowe, Jones og Menzies, 2020). Det en ser på ved en slik måling handler utelukkende om det hørbare ved stammingen, og en er ved en slik kartlegging opptatt av å måle hvor stor prosentandel av en gitt talesekvens klienten stammer (Onslow et. al., 2018).

Det er utarbeidet flere former for formelle kartleggingsverktøy. Lidcombe-programmet, som jeg senere vil komme nærmere tilbake til, har eksemplvis utarbeidet et eget kartleggingsverktøy kalt Severity Rating Scale. Dette innebærer skjemaer hvor foreldre og logopeden rangerer endringer og vurderinger av den hørbare stammingen hele veien gjennom behandlingsprosessen (Baluyot et. al., 2019).

Et mye benyttet kartleggingsverktøy Stuttering Severity Instrument (SSI). Den nyeste versjonen er SSI-4. Denne har et tydelig satt mål for hva som er å regne for stamming, og måler taleflyt og frekvens. Verktøyet har også fokus på observering av barnet flere situasjoner, noe som kan tenkes å være hensiktsmessig for å få et helhetlig bilde av hvordan stammingen virker på barnet (Guitar, 2019).

## 2.4 Hva forteller forskningen oss om stammebehandling?

### 2.4.1 Gullstandard innen forskningsdesign

Ved forskning er randomiserte kontrolldesign-studier, på engelsk omtalt som *randomized controlled trials (RCT)*, regnet som gullstandarden for å se på behandlingseffekter (Norsk Helseinformatikk, 2018). RCT-studier undersøker og sammenligner ved hjelp av en tilfeldig fordeling i utvalget mellom flere grupper, hvor minst én av gruppene regnes for å være en eksperimentgruppe. Den ene gruppen kan motta ingen behandling eller en annen behandling enn den andre gruppen (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2015). Selv om utvalget er tilfeldig fordrer en valid RCT-studie at utvalgene er store nok. I 2003 viste et fåtall av studier på stammebehandling at de hadde benyttet RCT-studier for å se på behandlingseffekter (Ingham, 2003 referert i Nye et. al., 2013).

### 2.4.2 Evidens av kvalitet som grunnlag for stammebehandling

Når det snakkes om forskning på stammebehandling tas det ofte høyde for metaanalyser, da disse ofte samler de studiene med høyest kvalitet. Når gullstandarden for kvalitetsfylte studier er RCT-design, er det disse studiene en i høyest grad vil ønske å samle i en metaanalyse. Et metaanalysedesign vil ha til formål å samle og oppsummere studier av høykvalitet. Det er likevel vesentlig å huske at RCT-studier ikke nødvendigvis forekommer uten bias (Hernandez, Marti, Roman, 2020). Ikke alt det som omtales som evidens har utgangspunkt i det samme designet. For å tydeliggjøre gode og mindre gode evidenskilder er det dannet en pyramide som viser til et kvalitetshierarki innen evidensbasert forskning, hvor rangeringen er stigende i takt med validiteten. Hierarki-modellen er dannet av Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) og rangerer følgende design fra bunn til topp; kasusstudier, kasus-kontrollstudier, kohortstudier, randomiserte kontrollstudier. Helt øverst troner systematiske oversikter og metaanalyser, som begge søker å oppsummere og evaluere høykvalitetsforskning (Murad, Asi, Alsawas, Alahdab, 2016). Der hvor en systematisk forskningsoversikt ofte besvarer et konkret forskningsspørsmål gjennom de innsamlede studiene, søker metaanalyser i større grad å oppsummere de innsamlede studiene gjennom statistiske metoder (Ahn og Kang, 2018).

Siden GRADE-modellen ble dannet tidlig på 2000-tallet har Murad (et. al., 2016) stilt spørsmål ved hvorvidt en slik rangeringsmodell, med topp-til-bunn-prinsipp, er noe forenklet. De viser blant annet til at systematiske oversikter uten strenge krav til litteratursøk og omfattende utvelgelse av inkluderte studier kan medføre at studier som tilsynelatende ser ut til å være av høy kvalitet (sett ut

fra studiedesign) med høy grad av bias inkluderes. Blant annet viser de til at forskjeller i deltakergruppene (høy grad av heterogenitet) synes å være en gjennomgående bias for metaanalyser, og foreslår videre en revidert versjon av GRADE-modellen som ikke setter strenge skillelinjer mellom de ulike designene (Murad et. al., 2016).

### **2.4.3 Evidenssamlinger om stammebehandling til barnehagebarn**

Av nyere metaanalyser og systematiske oversikter som ofte refereres til er Nye (et. al, 2013) og Baxter (et. al., 2016). Under vil analysene presenteres for å gi et innblikk i hvilke behandlingsprogrammer som er mer og mindre forsket på, og ikke minst hvilke design som studiene er gjort ut fra. Nyes (et. al., 2013) metaanalyse inkluderer RCT-studier som ser på behandlingsprogrammer for barnehagebarn. Baxter (et. al., 2016) ga ut en systematisk oversikt med forskningsartikler som så på effekten av ulike behandlingsprogrammer med flere forskjellige forskningsdesign.

#### ***Nye og kollegers metaanalyse (2013)***

Med utgangspunkt i metaanalysene til Nye (et. al., 2013) og Baxter (et. al., 2016) og flere studier fra senere år, vises det til hvilke behandlingsprogrammer som synes å være mest undersøkt i forskningen, og som videre kan sies å være evidensbaserte. Den største andelen forskning som er gjort på behandlingstilnærminger til barnehagebarn omhandler Lidcombe-programmet (Nye et. al., 2013).

I metaanalysen til Nye (et. al., 2013) refereres det til 7 RCT-studier som inkluderer stammebehandling til barnehagebarn, hvor en studie sammenligner Speech Motor Therapy (SMT) med Extended Length of Utterance (ELU) (Riley og Ingham, 2000 referert i Nye et. al., 2013), fire studier sammenligner Lidcombe-programmet med en kontrollgruppe (Harris et. al., 2002; Jones et. al., 2005; Latterman et al., 2008; Lewis et al., 2008 referert i Nye et. al., 2013), en studie sammenlignet Lidcombe-programmet med RESTART DCM (Franken, Schalk og Boelens, 2005) og en studie gjorde en oppfølgingsstudie av Lidcombe-programmet over fire uker med behandling (Harrison et. al, 2004 referert i Nye et. al., 2013). De inkluderte studiene i metaanalysen fulgte opp klientene fra 4 uker og opp til 9 måneder. Gjennom analysen ble det konkludert med at det ved tidspunktet for forskningssamlingens utgivelse forelå best evidens for Lidcombe-programmet, hva gjelder mest mulig effektiv behandlingsintervensjon for barn som stammer under seks år (Nye et. al., 2013).

### ***Baxter med kollegers systematiske oversikt (2016)***

Baxter (et. al., 2016) la frem en systematisk gjennomgang av studier som omhandlet stammebehandling til barnehagebarn. 15 av studiene som retter seg mot barnehagebarn er gjort gjennom et før- og etterdesign, hvorav ti av studiene omhandler Lidcombe-programmet (Bonelli et. al., 2000; Femrell et. al., 2012; Harrison et. al., 2004; Jones et. al., 2000; Kingston et. al., 2003; O'Brian et. al., 2013; Onslow et. al., 1990; Wilson et. al. 2004; Woods et. al., 2002; Lattermann et. al., 2008 referert i Baxter et. al., 2016), to omhandler PALIN PCI (Millard, Nicholas og Cook, 2008; Millard, Edwards og Cook, 2009 referert i Baxter et. al., 2016), to omhandler Speech Motor Intervention (Trajkovski et. al., 2011; Yairi og Ambrose, 1992 referert i Baxter et. al., 2016) og én om Family Focused Treatment (FFT) (Yaruss et. al., 2006 referert i Baxter et. al., 2016).

Tre av den systematiske gjennomgangens inkluderte studier hadde RCT-design, hvorpå disse omhandlet Lidcombe-programmet (Jones et. al., 2005; Lattermann et. al., 2008; Lewis et. al., 2008). To studier av Lidcombe var også gitt gjennom et krysseksjonelt design (Koushik et. al., 2011; Miller og Guitar, 2009 referert i Baxter et. al., 2016). Det gjør seg altså synlig at størsteparten av studiene i Baxters forskningssamling er av typen før- og etterdesign. Ved disse studiene er det usikkert hvor lenge de har pågått. Ved de resterende er den studien med kortest varighet gjort over 4 uker (Harrison et. al., 2004) og den lengstgående studien gjort over 3 år (Yaruss et. al., 2006). Den største andelen av før- og etterstudiene refereres av Baxter (et. al., 2016) å ha en varighet på 12-18 måneder (Wilson et. al., 2004; Millard, 2008; Millard, 2009; Trajkovski et.al., 2011 referert i Baxter et. al., 2016)

Baxter (et. al., 2016) konkluderte med at alle studiene som var inkludert viste til positive utfall for alle som deltok, men at stor variasjon blant deltakerkarakteristikker også kunne gjøre det utfordrende å være sikker på hva som gjorde at de ulike behandlingene ga effekt til den enkelte klienten.

I løpet av de siste årene etter Nye (et. al., 2013) og Baxter (et. al., 2016) ble publisert, er det publisert flere RCT-studier av stammebehandling for barnehagebarn. For eksempel er det gjort flere studier på forskjellige komponenter ved Lidcombe-programmet (Koushik et. al., 2019; Donaghy et. al., 2020).

Behandlingsprogrammer som ikke tidligere har vært inkludert i RCT-design er publisert siden den nevnte metaanalysen og systematiske gjennomgangen til Baxter og Nye. Sonnevile-Koedoot, Stolk, Rietveld og Franken (2015) sammenlignet Lidcombe og RESTART DCM i en RCT-studie med 199 deltakere. I Trajkovski, O'Brian, Onslow, Packman, Lowe og Menzies (2019) ble Westmead-programmet sammenlignet med Lidcombe. Flere studier har også sett på hvordan stammebehandling med innslag av komponenter fra annen behandling kan virke sammen og bidra

til både økt grad av taleflyt, selvregulering og psykososiale forhold. Et eksempel er den nevnte studien til Druker (et. al., 2019), som omhandler å innføre selvreguleringskomponenter fra behandlingsprogrammet «The Curtin Early Childhood Stuttering Resilience Program» sammen med «Beilby Stuttering Therapy». Den sistnevnte behandlingstilnærmingen innebærer både direkte og indirekte behandling. I studien deltok 28 barnehagebarn med foreldre. Et annet eksempel er studien til Druker (et. al., 2020) som utforsket å benytte evidensbasert foreldrepraksis (EBPS) i sammenheng med Curtin University Stuttering Program (CUSP). CUSP er i utgangspunktet et direkte behandlingsprogram, men har enkelte indirekte prinsipper. I studien deltok 76 barnehagebarn med stamming, hvorav 36 av dem også hadde oppmerksomhetsvansker/hyperaktiv forstyrrelsessymptomer, hvorpå barnas foreldre også deltok.

#### **2.4.5 Indirekte og direkte behandlingstilnærminger**

Behandlingstilnærminger skiller hovedsakelig mellom direkte og indirekte behandlingstilnærminger. Der hvor de direkte behandlingsmetodene i all hovedsak har fokus på logopedens direkte arbeid med barnet, tar de indirekte behandlingstilnærmingene mer høyde for å benytte de miljømessige omgivelsene rundt barnet til å endre barnets tale. I Norge benytter mange logopeder en kombinasjon av både direkte og indirekte tilnærminger i behandling (Guttormsen et. al., 2019). Guitar (2019) uttaler at det etter seks uker bør gjøres en evaluering om effekten, dersom det benyttes en indirekte tilnærming. Dersom det vises til at behandlingen har hatt lite effekt på barnet, bør det følges opp videre med direkte behandling.

Under følger beskrivelser av fire evidensbaserte stammebehandlinger til barnehagebarn, som enten er nevnt i de to omtalte meta-/systematiske analysene, eller er beskrevet i RCT-studier publisert i senere år. De to første kan plassere innunder direkte tilnærminger, og de to siste innunder indirekte tilnærminger:

##### ***Lidcombe-programmet***

The Lidcombe Program/Lidcombe-programmet ble utviklet av klinikere ved University of Sydney, og er den behandlingstilnærmingen som er mest brukt blant logopeder i Australia (The Lidcombe Program Trainers Consortium, u.å). Lidcombe er et stammebehandlingsprogram basert på operant betinging, og søker mot å eliminere stammingen gjennom verbale kommentarer på både taleflyt og stamming. Behandlingen har en tydelig tidsramme, og retter seg mot å kunne avsluttes innen 12 måneder. I løpet av denne tiden har barnet gjennomgått to faser. Fase 1 omhandler direkte behandling med logopeden. I fase 2 er vedlikeholdsarbeid i fokus, og foresatte får økt ansvar for å følge opp behandlingsutfallet gjennom verbale kommentarer (Onslow 2003;

Onslow, Packman og Harrison, 2003). Slik sett kan Lidcombe-programmet sies å falle innunder både direkte og indirekte behandlingstilnæringer.

Det er blitt rettet kritikk mot at kommentarene på taleflyt og stamming kan oppleves som en form for straff/negativ forsterkning, og viser til individuelle faktorer innen hvordan slike kommentarer kan virke på ulike barn (Ratner, 2005; Bandura og Locke, 2003). Ratner (2005) stiller seg kritisk til at de verbale kommentarene blir benyttet av logopeder, da det i det logopediske fagfeltet synes å være relativt bred enighet om at stamming ikke er en lært atferd. I en slik tankegang om at barnet kan oppleve de verbale tilbakemeldingene negativt, kan Bandura og Locke (2003) gjennom sitt sosial-kognitive perspektiv synes å vise sin støtte til dette gjennom uttalelsen «*If knowledge and skills could be acquired only by negative response feedback, human development would be greatly retarded, not to mention exceedingly tedious and hazardous*» (Bandura og Locke, 2003, s. 94). Utviklerne av Lidcombe-programmet fremhever på sin side at de verbale tilbakemeldingene i størst grad skal innebære positiv oppmerksomhet når barnets tale er flytende. Kun en sjelden gang skal det gis tilbakemeldinger på stammingen (The Lidcombe Program Trainers Consortium, u.å.).

Så sent som i 2020 viste Donaghy (et. al., 2020) til at det fortsatt var en antagelse at det er de verbale tilbakemeldingene som er årsaken til behandlingens effekt. Studien hadde 74 deltakende barn med foresatte og ønsket å undersøke tilbakemeldingsantagelsene ytterligere gjennom to behandlingsprosesser hvor én inkluderte verbale tilbakemeldinger og én ikke. Undersøkelsen viste et «verken eller»-resultat, hvor man så at det kunne være at det hadde en betydningsfull effekt for måling av %SS, men at det ikke kunne sies bastant å være en hovedårsak. Da det fortsatt var usikkert hva som faktisk var hovedårsaken til behandlingseffekten, understreket Donaghy hvor viktig det er at logopeden vektlegger alle komponentene som inngår i behandlingsprogrammet.

Onslow (et al., 2003) har pekt på at Lidcombe-programmet fordrer en viss familiestruktur hvor tilbakemeldingskultur og åpenhet er et utgangspunkt. Det er derfor mulig at Lidcombe ikke passer like godt til alle typer kulturer og familiestrukturer.

### ***Westmead-programmet***

Westmead-programmet er en direkte behandlingstilnærming utviklet i Australia, og tar sikte på å redusere stamming ved at barnet sammen med logoped innøver en måte å snakke på som omtales som «Syllable-timed speech» (STS). Denne måten å snakke på vektlegger det å uttale hver stavelse i en rytmisk takt. Det legges også opp til tett dialog mellom logoped og foresatte, hvor det skal tilrettelegges for at barnet generaliserer den rytmiskbaserte talen fra logopedens kontor til sitt hverdagslige miljø (Trajkovski et. al., 2019). Programmet er i likhet med Lidcombe-programmet bygget opp gjennom to faser, og foreldrene skal blant annet benytte Severity Rating Scale-



skjemaet som er utarbeidet for Lidcombe-programmet for å evaluere barnets stamming (Banter Speech & Language, 2021).

Det foreligger i dag fire studier utført i 2006 (Trajkovski, Andrews, O'Brian, Onslow og Packman), 2009 (Trajkovski, Andrews, Onslow og Packman), 2011 (Trajkovski, Andrews, Onslow, O'Brian, Packman og Menzies) og 2019 (Trajkovski et. al.). Det har tidligere vært rettet kritikk mot at det har vært få deltakere i studiene, og ingen kontrollgruppe (Guttormsen et. al. 2019). Studien som ble gjennomført i 2019 viser sammenligning av Lidcombe-programmet og Westmead-programmet med 91 deltakere. Det ble blant annet vist til at det ikke var forskjell innen %SS for de to programmene etter 9 måneders behandling, men det ble samtidig understreket at fortsatt utvikling av Westmead-programmet er nødvendig. Inntil nylig har de fleste studier vist til Lidcombe-programmet med størst evidens for klinisk behandling, men det synes å være en økende interesse rundt Westmead-programmet Trajkovski (et. al., 2019).

### ***PALIN Parent-Child Interaction Therapy***

PALIN PCI er en indirekte behandlingstilnærming som er utviklet ved «The Michael Palin Centre for Stammering Children» i England, og har fokus på å skape økt taleflyt hos barnet gjennom forandringer i dets nærmiljø. Det finnes i dag 3 studier av behandlingsprogrammet. To av dem er nevnt i Baxter (et. al., 2016) ved Millard et. al. (2008) og Millard et. al. (2009). Begge studiene har færre enn 10 deltakere. PALIN PCI har fått kritikk for å legge for stor vekt på individuell tilrettelegging, og at dette kan bidra til lite struktur og rammer innen behandlingen (Onslow og Millard, 2012). Studiene fra 2008 og 2009 har blant annet fått kritikk for å mangle kontrollgrupper og ha få deltakere (Guttormsen et. al., 2019). Det foreligger foreløpig ingen RCT-studier på behandlingstilnærmingen.

På bakgrunn av små utvalgsgrupper ved de foregående studiene ble det gjennomført en oppfølgingsstudie av Millard (et. al., 2018) hvor det ble gjort målinger 4 ganger over 12 måneder. Studien hadde 55 deltakere, og ønsket å undersøke hvordan behandlingen virket på et større antall barn. Det ble konkludert med at de som mottok behandlingen hadde en mer positiv holdning til kommunikasjon og opplevde reduksjon i stammefrekvensen. Ett år etter behandlingens slutt var stammefrekvensens reduksjon vedlikeholdt.

PALIN PCI kan deles inn i to faser. I første fase legges det til rette for å innarbeide indirekte strategier gjennom arbeid med miljøet. Dersom dette virker lite virkningsfullt på barnets stamming er det aktuelt å gå videre til neste fase hvor mer direkte behandling er involvert (Guttormsen et. al, 2019). Programmet retter fokus mot at forelder og barn skal sette av tid til å leke sammen i korte sekvenser noen ganger i løpet av uka, hvor en da skal ha fokus på planlagte trekk ved talen. I

etterkant av dette fyller forelder ut et evalueringsark. Familien involveres ved å sette felles strategier for taleatferd og kommunikasjon i hjemmet (Melle, Guttormsen, Brubak og Ingebrigtsen, 2019).

### ***RESTART Demands and Capacities Model***

RESTART DCM er en indirekte behandlingstilnærming som har sitt utspring fra Starkweathers «Demands and Capacities»-modell, og har, i likhet med PALIN PCI, fokus på å skape mer taleflyt gjennom tilpasninger i miljøet. Tanken er at ved å finne en middelvei mellom miljøets krav og barnets talemessige kapasitet, vil stammingen kunne reduseres (Franken og Putker-de Bruijn, 2007). Per 2019 var det vist til to studier som undersøkte effekten av behandlingen (Franken et al., 2005; Sonnevile-Koedoot et. al., 2015). Studien av de Sonnevile-Koedoot (et. al., 2015) hadde et utvalg på 199 barn, og sammenlignet utfall hos de som mottok Lidcombe-programmet med en kontrollgruppe som fikk behandling med RESTART DCM. Her fant man at behandlingseffektene var like. Funnene viste at direkte behandling (herunder Lidcombe-programmet) syntes å ha den beste effekten etter 3 måneder med behandling, men at forskjellen mellom den direkte behandlingen og den indirekte behandlingen (herunder RESTART DCM) var tilnærmet like etter 18 måneder etter behandlingens oppstart (Sonneville-Koedoot et. al., 2015).

Sonneville-Koedoots studie kan være interessant fordi den tar for seg et direkte og et indirekte behandlingsprogram, og sammenligner disse. Selv om effekten av disse programmene ikke kan generaliseres til å gjelde indirekte og direkte tilnærminger generelt, kan de være med på å gi en implikasjon på hvordan direkte og indirekte tilnærminger gir effekt på likt og ulikt vis.

#### **2.4.6 Generell kritikk av foreliggende forskning**

I følge Ratner (2005) er det kritikkverdige at mye av forskningen gjort på stammebehandlinger er gjort av personer som har en nær tilknytning til aktuelle programmet, og hun påpeker at større grad av uavhengige interessenter i så måte vil kunne bidra til sikrere evidensgrunnlag.

Litteraturstudier av forskningen på begynnelsen av 2000-tallet viste til mangel på longitudinelle studier av behandling og eventuelle utfall. Det eksisterte få metodologisk akseptable studier – også når det gjaldt utvalgsstørrelse i studiene og replikering av de studiene som var gjennomført (Adams, 1984 og Craig, 1998 referert i Nye et. al., 2013; Onslow, 1992). Nye (et. al., 2013) beskriver at kartlegging av langtidseffekter fortsatt var relativt lite utforsket på den tiden hans metaanalyse ble utgitt. Som tidligere nevnt ved omtale av analysene til Nye (et. al., 2013) og

Baxter (et. al., 2016), synes det å være relativt store forskjeller innen hvilke studiedesign som er blitt inkludert, og studienes varighet.

Baxter (et. al., 2016) konkluderte med at to tredjedeler av de studiene som ble undersøkt i hennes systematiske forskningsoversikt, hadde svært høy grad av «*risk of bias*» (skjevheter i studiene). Som nevnt viser mye av forskningen til utfallsmålingen %SS. Videre er det et interessant funn at det etterlyses større grad av klarhet innen hva som er ønskelige utfall etter gjennomført stammebehandling (Baxter et. al., 2016). I likhet med de fleste studiene inkludert i Nyes (et. al., 2013) og Baxters (et. al., 2016) analyser synes også studier som er publisert etter de to systematiske oversiktene (for eksempel Koushik et. al., 2019; Trajkovski et. al., 2019; Donaghy et. al., 2020) å ha stammefrekvens som hovedmål for vurdering av utfallet i studiene. Baxter (et. al., 2016) peker på at selv om hovedvektleggingen ligger på måling av observerbar stamming, mangler det et felles kjernegrunnlag for hvilke utfall man ønsker å måle. Dette vil kunne gi et større og bedre dokumentert grunnlag for å sammenligne studiene (Baxter, et. al., 2016).

Det synes også å være mangel i forskningen innen hvordan å måle progresjon i behandlingsprogrammene, og at det tas lite høyde for ressurser og øvingsimplikasjoner (Baxter et. al., 2016). Dette kan være av viktig informasjon for praktisk utøvelse. Blant annet er Lidcombe-programmet utformet slik at det må gjennomføres sertifiseringskurs for å utøve praksisen, noe som innebærer kostnader (The Lidcombe Program Trainers Consortium, u.å.). I både Nyes og Baxters analyser er det vist til måling av metodologisk kvalitet ved studiene som inngår. Kvaliteten ved studiene synes gjennomgående å være høy ved RCT-studiene gjort på Lidcombe-programmet, mens studier gjort på andre behandlingstilnærminger og programmer, og studier gjennomført med et før-/etter-design viste til høyere «*risk of bias*». Baxter (et. al., 2016) løfter også frem et dilemma rundt naturlig bedring og hvordan dette kan gjøre det utfordrende å vite hvilke tilfeller av bedring i stammingen som skyldes en naturlig bedring hos barnet, og hvilke komponenter som har sin årsak i konkrete behandlingskomponenter. Det er også interessant at Baxter påpeker at det i litteraturen ikke nødvendigvis synes å være mangel på konkluderings om at enkelte behandlingsintervensjoner er effektive, men at det i større grad synes å være mangel på hva som er årsaken til at behandlingen virker, og hvordan den virker hos det enkelte individ i henhold til individuelle variasjoner i respons. For selv for evidensbaserte behandlinger vil det være barn som opplever å ikke respondere som ønsket på den aktuelle behandlingen. Ratner (2005) har vist til at det er forventet at rundt 20% av barna som får behandling ikke responderer på behandlingen de får.

Bakgrunnen for at det kan være utfordrende å løfte frem årsaken til at en type behandling virker, eller hvem den virker for, peker blant annet på stor variasjon innen deltakernes karakteristikk, noe som kan bidra til å si noe om at det ville være av viktighet å ha mer likhet (homogenitet) innen

type deltakere. Slik ville en muligens i større grad kunne forstå hvorfor enkelte responderer som de gjør (Baxter et. al., 2016). Det støttes av Nye (et. al., 2013) at det foreligger lite forskning på hvilke komponenter av behandlingstilnærmingene og programmene som gir den virkelige effekten når barnehagebarn opplever bedring i sin stamming.

## 2.5 Evidensbasert praksis

### 2.5.1 Hva er evidensbasert praksis (EBP)

Sackett, Rosenberg, Grey, Haynes og Richardson (1996) omtaler evidensbasert praksis fra et medisinsk ståsted:

*“The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research”* (Sackett et. al., 1996, s. 72)

Nippold (2018) konkretiserer videre i sin artikkel om stammebehandling til barnehagebarn hvordan evidensbasert praksis bør tas høyde for i klinisk behandling:

*“Using an evidence-based practice (EBP) approach (...) should consider three essential components during the clinical decision-making process. These include (a) client preferences, (b) clinical expertise, and (c) research evidence”* (Nippold, 2018, s. 5).

Nippold legger altså til grunn tre komponenter når hun omtaler evidensbasert stammebehandling til barnehagebarn. Det vektlegges at det innenfor å ta høyde for klientens preferanser, handler om å bli kjent med barnet og familien. Dette for å kunne tilrettelegge kartlegging og behandling ut fra deres situasjon og utgangspunkt. Ved omtale av klinikers ekspertise vektlegger hun det at kliniker har den kunnskapen og erfaringen som trengs slik at hen har muligheten til å tilpasse dette til det enkelte individs behov, og betydningen av forskningsmessig evidens tillegger hun at kliniker må holde seg oppdatert på forskningen, men også å kunne vurdere evidensen og hvordan å bruke passende kvalitetsfylt evidens opp mot individets behov (Nippold, 2018).

Guttormsen (et. al., 2019) beskriver at det å ha kunnskap om klienten også omhandler å ta høyde for det individbaserte i behandlingen – å bli kjent med barnet og hvordan det opplever sin egen stamming, samt være i dialog med barnets miljømessige omgivelser (som foreldre og barnehagepersonale) for å få innsikt i deres forståelse rundt barnets stamming. Som nevnt under kritikken av foreliggende forskning er høy grad av heterogenitet blant deltakere i stammebehandlingsstudier for barnehagebarn, nevnt å være en mulig begrensende faktor når det kommer til å kunne forstå ulike utfall og responser til behandling (Baxter et. al., 2016). Dette vil

kunne peke på at det behøves fokus på flere sider enn utelukkende den beste tilgjengelige evidensen.

Det er som nevnt gjort forskning som viser hvordan sammensatte utfordringer rundt stamming og komponenter fra andre behandlingsformer kan virke effektivt på stamming og sameksisterende tilstander hos barn (Druker et. al., 2019; Druker et. al., 2020). Ved omtale av nyere forskning ble det blant annet lagt frem hvordan evidensbasert foreldrepraksis (EBPS) ble benyttet i sammenheng med barn med oppmerksomhetsforstyrrelser og stamming ved Druker et. al. (2020). Utøvelsen av EBPS har som mål å bidra til å styrke selvreguleringsferdigheter hos barnet. I likhet med PALIN PCI skal det gjennom EBPS settes av tid til å arbeide med forholdet mellom forelder og barn ved å sette av egentid med barnet. Ved EBPS fokuseres det på å gi positiv oppmerksomhet ved den ønskede atferden og det veiledes og drøftes med en veileder under hele prosessen (Druker et. al., 2020).

Det å ha et mer tverrfaglig fokus på stamming på en evidensbasert måte, slik at både individtilrettelegging og evidensgrunnlag tas høyde for ved behandlingsvalg, vil kunne tenkes å fordre at forskning tar sikte på å se på vanskebilder hvor stamming ses i sameksistens med andre forhold. Her kommer også en skjønnsmessig vurdering inn.

### **2.5.2 Evidensbasert praksis og antagelsesbasert praksis**

Dollaghan viser til viktigheten av å ta høyde for skjønn i evidensbasert praksis. I Dollaghans forståelse ilegges et langt mer komplekst og flersidet klientperspektiv enn alene å rette fokuset mot den evidensbaserte forskningen som grunnlag for behandling (Dollaghan, 2012 referert i Høier, 2015). Skrefsrud (2010, referert i Høier, 2015, s. 56) hevder at «*Hvis evidensbasert praksis skal være uavhengig av profesjonsutøverens erfaringer og skjønn, må profesjonelle vurderinger baseres på kontekstfrie forskningsresultater*». Uttalelsen kan fremstå som en forståelse av at erfaring, skjønn og forskning er utfordrende å forene. Nippold (2018) ser på sin side nytten erfaring som en del av den evidensbaserte praksis. Det skjønnsbaserte kan knyttes både til det å se individets behov og utgangspunkt, men også logopedens nyttiggjøring av tidligere erfaringer fra behandlingspraksis. Gjennom erfaring med ulike kartleggingsverktøy, klientgrupper og møter med ulike individer og foresatte vil en kunne opparbeide seg evnen til å generalisere og tilpasse sin kunnskap (Guttormsen, et. al., 2019).

Balansen i evidensbasert praksis bygger likevel på at det er forskningen som legges til grunn for det skjønnsbaserte arbeidet logopeden utøver. Mark Onslow (2003) viser til forskjellene mellom evidensbasert praksis og praksis som i større grad vektlegger antagelser om hva som kan gi effekt.

Han skiller de to tilnærmingene innen hvorvidt de kan forbedre den kliniske ytelsen – hvor han trekker skillelinjen mellom at evidensbasert praksis fremmer og antagelsesbasert praksis gjør det ikke. Videre forklarer han hvorfor:

*“If a clinician believes and asserts that a treatment is effective, that is just about as far as professional development goes. (...). Assertion-based clinical is endlessly circular: (1) the clinician asserts that the treatment is acceptable, (2) the clinician does the treatment, (3) therefore, the clinical practice is acceptable. That cycle can continue for an entire career, cocooning the clinician, by definition, against the prospect of ever being wrong or needing to improve performance in the clinic.”* (Onslow, 2003, s. 240). I Onslows uttalelse ligger også et argument om at antagelsesbasert praksis i mindre grad legger vekt på å være kritisk og stille spørsmål ved eget praksisgrunnlag. Guitar (2019) snakker om viktigheten av at klinikere er i stand til å stille kritiske spørsmål også når vi leser forskning. Det at behandlingsmetoder er evidensbaserte er ikke ensbetydende med at metoden fungerer på ulike individer. Derfor oppfordrer Guitar klinikere til å stille spørsmål ved om den aktuelle tilnærmingen vil for sine klienter i det miljøet de befinner seg i (Guitar, 2019).

Pedagogen Gert Biesta har på sin side vist til kritikk av evidensbasert praksis gjennom uttalelsen: *“There are those who think that research will be able to give us “the truth” that “the truth” can be translated into rules for action, and that the only thing practitioners need to do is to follow these rules without any further reflection on or consideration of the concrete situation they are in”* (Biesta, 2007, s. 11). Biestas utsagn kan forstås som at evidensbasert praksis gir mindre rom for selvstendig tenkning. Dette kan også minne om det tidligere nevnte utsagnet til Skrefsrud (referert i Høier, 2015). Dette tydeliggjør at det i litteraturen er motstridende forhold til nytten av evidensbasert praksis. Langevin og Kully (2003, referert i Nye et. al., 2013) utviste bekymring for det de hevdet var en mangelfull overgang fra å legge frem evidens ved stammebehandling til hvordan logopeder kan nyttiggjøre seg av dette i sin kliniske praksis. Kanskje kan også en slik uoversiktlig overføring være noe av bakteppet for problematisering av skjønnsbalansen i de kontekstuelle situasjonene logopeden møter i sin praktiske hverdag.

## 2.6 Hvordan jobber logopedier med stamming?

### 2.6.1 Norsk logopedisk utøvelse

På samme måte som Bologna-prosessen skapte store endringer innen studieinnhold og krav i hele Europa (Sjøberg, 2021), bidro også Kvalitetsreformen i 2003 til en massiv endring i studiestrukturer ved norske høgskoler og universiteter. I logopedifaglig sammenheng ble studiet omgjort fra hovedfag til mastergrad. Med dette ble fokus på forskning og klinisk praksis betydelig forsterket innen fagfeltet logopedi (Høier, 2015). Slik sett skulle en kanskje tro at logopedier har endret mye av sin praksis til å basere seg på større grad av forskningsmessig evidens. Dette er det gjort forskning på. Ambjørnsen (2011) fant at hele 86,5% av de norske logopedene i hennes masterstudie ønsket mer forskningsbasert kunnskap om stamming hos barnehagebarn. Senere, i 2015, utførte Jorun Høier en undersøkelse av norsk logopedisk praksis, og funn fra dette viste til at de fleste av logopedinformantene i studien peker på at erfarings- og praksisgrunnlag var mest utbredt ved valg av behandlingstilnærming (Høier, 2015). For to år siden fant Guttormsen (et. al., 2019) at mange logopedier ikke arbeider forskningsbasert, og at mange benytter egenlagde kombinasjoner fra forskjellige behandlingstilnærminger.

På den andre siden viser funn fra Høiers (2015) studie også at hele tre ganger så mange henvender seg til forskningsbasert litteratur nå, sett opp mot tiden før logopedistudiet ble et masterstudium. Det er også et interessant funn at det var forskjeller innen hvilke kriterier en la til grunnlag for avslutning av behandlingen, og flesteparten av deltakerne viste til at de ikke hadde tydelige prosedyrer for avslutning (Høier, 2015). Videre legger Høier frem at 46% av logopedier (uavhengig av utdanning før eller etter Kvalitetsreformens innføring) ønsker at sammenheng mellom teori og praksis bør vektlegges i mer. Dette gjenspeiler Langevin og Kullys (2003, referert i Nye et. al., 2013) bekymring om at det foreligger lite praktisk overførbarhet mellom forskning rundt evidensbasert stammebehandling til hvordan logopedene skal benytte dette i sin kliniske praksis. Samme år som Høier fant dette i sin studie, ble det på begynt et arbeid med å utvikle en artikkelsamling, «*Stamming i et praksisrettet perspektiv*», som samlet fagstoff om måten norske logopedier kan arbeide med kartlegging, oppfølging og å møte ulike typer klienter (Sjøstrand, 2015). Arbeidet ble avsluttet i 2019, og artikkelsamlingen ble da gitt ut (Statped, 2019).

Ambjørnsen (2011) gjennomførte en undersøkelse av norske logopeders praksis, og fant at norske logopedier i stor grad benyttet indirekte behandlingstilnærminger ved stammebehandling av barnehagebarn, og at mange ønsket mer informasjon om hvordan direkte behandlingstilnærminger gir effekt. Logopedene hun undersøkte var skeptiske til direkte behandlingstilnærminger til denne aldersgruppen, og hvorvidt dette kunne bidra til å gi positiv effekt på stammingen. Det viste seg

også at størsteparten av informantene oppga at et av de tydeligste målene for behandlingen var å redusere uhensiktsmessige reaksjoner i omgivelsene til barnet. Dette samsvarer godt med fokuset i indirekte behandlingstilnæringer (Ambjørnsen, 2011).

Høiers (2015) funn om lite tydelige avslutningskriterier og Ambjørnsens funn om en relativt gjengs målsetting med reduserte uhensiktsmessige reaksjoner fra omgivelsene i fokus, kan være interessant å se opp mot hverandre. Kanskje kan det stilles spørsmål ved hvorvidt det foreligger adekvate, felles målingsverktøy for å fange opp dette. Foreldre, logoped, barnehageansatte og øvrige signifikante andre i barnets miljø vil kunne forholde seg ulikt til stammingen, og det å nå målet om reduksjon i uhensiktsmessige reaksjoner fra miljøet kan synes utfordrende å måle objektivt sett. Det finnes strukturerte og standardiserte skjemaer som måler faktorer som inkluderer opplevelsen av det å stamme, og som kan virke samlende i forståelsen av hvordan å arbeide mot behandlingens mål med en felles forståelse. Man har sett at norske logopeder skiller seg fra logopeder internasjonalt ved at de i mindre grad benytter standardiserte kartleggingsverktøy ved måling av observerbar stamming hos barn generelt (Baluyot et. al., 2019).

På bakgrunn av de nevnte studiene kan det synes som at norske logopeder i stor grad legger erfaringsbasert kunnskap til grunn for de stammebehandlingstilnærmingene som utøves, og at det i mindre grad har vært utbredt å bruke direkte tiltak fordi det oppleves usikkerhet rundt hva som egentlig er effektutslagsgivende ved disse. Årsakene for denne usikkerheten vil kunne tenkes å være flere. Å holde seg oppdatert på behandlingsoalternativer, økende kunnskap og ny informasjon om stammebehandling fordrer at logopedene har kapasitet til å følge opp forskningen. Det å benytte det en har erfart og se at det fungerer kan kanskje oppleves tryggere dersom kapasitet og ressurser for å jevnlig oppdatere seg på ny fagkunnskap ikke ligger til rette. Det er som tidligere nevnt også vist til at noen av de mest evidensbaserte behandlingsprogrammene ikke tar nok høyde for kulturulikheter, noe som også kan skape usikkerheter rundt hvordan å implementere disse på en måte som er tilpasset barnet, familien og miljøet på en god måte (Onslow et. al., 2003). Guttormsen (et. al., 2019) peker på at det i økende grad de siste årene har blitt arrangert kurs i Lidcombe-sertifisering og kursing i andre direkte tilnæringer, noe som vil kunne tenkes å ha bidratt til økt kunnskap om hvordan dette kan benyttes til det enkelte barnet. Kanskje kan dette også ha bidratt til økt grad av direkte behandling til norske barnehagebarn.

I likhet med Sacketts (et. al., 1996) og Nippolds (2018) beskrivelser av å kunne gjennomføre stammebehandling ut fra den beste tilgjengelige forskningen viser også Guttormsen (et. al., 2019) at det er vesentlig å kunne anvende forskningen i den kliniske praksisen. Dette krever igjen at



logopeder holder seg oppdaterte på den nyeste tilgjengelige forskningen. For norske logopeder er denne oppfølgingen sikret ved at det er blitt utarbeidet yrkesetiske retningslinjer hvor det blant annet vises til at *«Et medlem har ansvar for å øke sin kunnskap og kompetanse innen logopediske fagfelt»* (Norsk Logopedlag, u.å.).

### **2.6.2 Generelt om logopeders utøvelse av stammebehandling**

Ratner (2005) viste til at det blant mange klinikere utøves en kombinasjon av evidensbaserte tilnærminger, men at dette ikke nødvendigvis trenger å anses som «usunt». Hun hevder at hvis vi kan bli sikrere på hvilke komponenter i behandlingen som bidrar til å nå det målet klienten ønsker å oppnå, vil dette også bidra til økt mulighet til å kunne tilpasse og justere behandlingen. I tillegg kan logopeden observere og avdekke hvilke komponenter i behandlingen som virker, og med dette som grunnlag velge bort de komponenter som ikke fører til ønsket utfall (Ratner, 2005).

### **2.6.3 Evidensbasert retningslinjer for stammebehandling**

Ingham og Riley (1998) problematiserte at logopeder i stor grad henvendte seg til litteratur i form av bøker for å kunne utøve behandling. Problematismen handlet blant annet om at dette i liten grad kunne sies å være helt oppdatert informasjon, samt at det ikke var lett for klinikerne å kunne skille hvilken kunnskap som er grunnlagt i forskning med høy kvalitet. Hvorvidt informasjonen en fant kunne regnes for å være objektiv kunnskap kunne også være utfordrende, og mangelen på evidensbasert kunnskap om behandlingseffekter blant klinikerne syntes å være lav. Det ble også argumentert med at retningslinjer for stammebehandling med anbefalinger som er tuftet på rapporterte behandlingseffekter sammen med utfyllende beskrivelser av hvordan prosedyrene kan gjøres så likt som mulig, kunne virke støttende på klinikernes behandlingsutøvelse og tro på at det har en positiv effekt hos klienten (Yeston og Sechrest, 1981 referert i Ingham og Riley, 1998). Slik sett vil en kunne se retningslinjer for stammebehandling som en måte å kunne jobbe mot en enda større grad av evidensbasert praksis.

Det finnes i dag mange land som har retningslinjer for stammebehandling. I takt med hvordan Europa har endret sin studiestruktur gjennom blant annet Bologna-prosessen, kan det peke mot et generelt økt forskningsfokus, og videre et økende fokus på utvikling av evidensbaserte retningslinjer i det logopedikliniske fagfeltet. Mark Pertijs, sertifisert European Fluency Specialist gjennom European Clinical Specialization Fluency Disorders (ECSF), viste i 2014 at flere land hadde utarbeidet evidensbaserte retningslinjer, eller var på vei fra såkalt konsensusbaserte retningslinjer til å legge evidens til grunnlag for de praktiske implikasjonene til logopedene (Pertijs, 2014). Evidensbaserte kliniske retningslinjer er blant annet omtalt slik:

*«Clinical guidelines are systematically developed statements designed to help administrators, practitioners and patients make decisions about appropriate health care for specific circumstances. (...) Clinical guidelines must summarize the evidence available to guide informed decisions. This is challenging since many clinical areas lack high quality evidence and yet guidelines have been formulated - guidelines based on consensus or a partial review of the literature are more prone to bias than systematic guidelines».* (Lim, Arnold, Bachanova, Haspel, Rosovsky, Shustov og Crowther, 2008, s. 26 og 27).

Denne forklaringen på hva slike retningslinjer er, viser også til hvilke utfordringer som kan ligge i det å utvikle slike retningslinjer, samt at den viser til forskjellene mellom evidensbaserte- og konsensusbaserte retningslinjer. Pertijs (2014) oppgir at reduksjon av uønsket variasjon, økt transparens, integrering av klinisk ekspertise og den beste tilgjengelige forskningsbaserte evidensen, forbedring av behandlingskvalitet, som argumenter for bruk av evidensbaserte retninger ved stammebehandling. Han argumenterer også for at retningslinjer kan være med på å gjøre den raskt voksende informasjonsflyten mer håndterbar.

En kan altså se at både Pertijs (2014) og Ingham og Riley (1998) trekker argumenter for retningslinjer i bruk for stammebehandling opp mot det å kunne sikre at evidens med grunnlag i kvalitetsforskning i større grad kan muliggjøres.

## 3.0 METODE

I dette kapittelet vil det bli redegjort for hvilke metodiske fremgangsmåter som er benyttet for å finne frem til informasjon av nødvendighet for å kunne besvare problemstillingen som er lagt til grunn for oppgaven. «*Hvordan er den metodologiske kvaliteten ved ulike nasjoners evidensbaserte retningslinjer for stammebehandling til barnehagebarn?*».

### 3.1 Forskningsdesign

#### 3.1.1 Kvalitativt forskningsdesign med dokumentanalytisk tilnærming

Målet med denne oppgaven var å samle inn data i form av retningslinjedokumenter som omhandler stammebehandling til barnehagebarn fra ulike land. Videre ble den metodologiske tilnærmingen valgt å være kvalitativt forskningsdesign med dokumentanalyse som studiedesign. Det finnes flere former for dokumentanalyser. Hovedbudskapet er likevel felles; ønsket om å finne frem til et bestemt innhold. De ulike formene for analysetilnærmingen beror på både kvantitative og kvalitative vinklinger (Sander, 2019). En kvantitativ vinkling på dokumentanalyse vil kunne handle om innholdsanalyse hvor innholdet i teksten grupperes og tallfestes ut fra gitte begreper eller tematikk (Johannessen et. al., 2005). På bakgrunn av verktøyet jeg har benyttet for å analysere, som jeg nærmere vil komme tilbake til, har fokuset vært på å fange spesifikt meningsinnhold og gjengi dette i form av korte tekstlige innholdssammendrag. Et kvalitativt design har dermed vært rammen for oppgaven.

Et kvalitativt forskningsdesign kan beskrives å være:

*«Data foreligger som skrevne tekster, lyd eller bilder, og bearbeidet for å få frem meningsinnholdet.»* (Johannessen et. al., 2005, s. 400).

En definisjon av dokumentanalyse kan vises som følgende:

*«Analyse av tekster. Det kan være tekster som forskeren selv samler inn gjennom intervjuer eller observasjon, eller foreliggende tekster i form av brev, dagbøker, bøker, dokumenter og liknende.»* (Johannessen et. al., 2005, s. 395).

Dokumentanalytisk tilnærming ble et naturlig valg da retningslinjene foreligger som dokumenter, samtidig som informasjonen som trengtes for å finne svar til den aktuelle problemstillingen var ønsket å uthentes fra innhentede dokumentkildene. Dokumentene som er benyttet som utgangspunkt for masteroppgaven virker som en samling av de anbefalingene eller prosedyrene

som er ønsket for en hel nasjons logopediske utøvelse basert på den mest oppdaterte forskningen ved utgivelsen. Dokumentene kan således fremstå som en sekundær forskningssammenstilling med fremheving av evidensbaserte behandlingstilnærminger som hovedsakelig fremstilling.

Ved bruk av dokumenter som kilde er det viktig å være klar over at disse i større eller mindre grad vil være preget av sosiale, kulturelle, økonomiske og politiske omstendigheter, og at det dermed også ved analysering av dokumentet vil være vesentlig å bemerke seg hvem som er dokumentets forfattere (Cohen et. al., 2018). I resultatkapittelet vil det gis presentasjoner av de innsamlede retningslinjene, hvor det også beskrives forfatterskap og finansiell realisering. Videre vil det i mer utdypende grad diskuteres hva disse aspektene vil kunne ha å si for utfallet av det innholdsmessige i dokumentene, samt refleksjon rundt betydningen dette kan ha for praksis. I denne masteroppgavens øyemed gjøres ikke oppfølging over tid med utgaver av det samme dokumentet. Det vil dermed ikke kunne vises til endringer som er gjort underveis, og det er vesentlig å få frem at dokumentene som legges til grunn for oppgaven kun viser et «engangs-bilde» (Cohen et. al., 2018).

Masteroppgaven benytter dokumenter i form av evidensbaserte, kliniske retningslinjer for stammebehandling i ulike land. Slik som beskrevet i teorikapittelet vil et slikt dokument kunne være ment som et praktisk hjelpemiddel som skal hjelpe til i avgjørelser rundt behandling, samt en samling av evidensmessig grunnlag for de anbefalingene som fremlegges (Lim et. al., 2008).

## **3.2 Datainnsamlingen**

### **3.2.1 Målet for oppgaven og startpunktet for datainnsamlingen**

Målet for oppgaven har vært å få innsikt i metodologiske likheter og ulikheter ved nasjonale retningslinjer for stammebehandling. Retningslinjedokumentene ble samlet inn gjennom et semistrukturert søk, som fungerte på følgende vis:

Datainnsamlingens utgangspunkt begynte med en oversikt funnet i en presentasjon utarbeidet av Mark Pertijs på vegne av ECSF (European Center Specialisation Fluency Disorders) (Pertijs, 2014). Presentasjonen omhandler evidensbaserte retningslinjer for stammebehandling i Europa, og det ble også lagt ved en oversikt over land med nasjonale retningslinjer – både de som omfattet retningslinjer basert på konsensus og de som baserte seg på evidens. Av den grunn at det fantes en oversikt over retningslinjetilstandene i Europa noen år tilbake i tid, ble det også av interesse å undersøke nærmere de oppførte landene for å kunne få innsikt i hvordan status var ved de samme landene til dags dato. Dette gjorde at et fullstendig åpent søk etter retningslinjedokumenter ikke ble foretatt, og at et semistrukturert søk ut fra det utgangspunktet som Pertijs (2014) la til grunn syntes mer adekvat.

Gjennom Pertijs fremleggelse ble det synlig at Malta, Storbritannia, Sverige, Nederland og Tyskland hadde utarbeidet evidensbaserte retningslinjer. I Pertijs presentasjon ble det vist til at flere av retningslinjene var markert som under utarbeiding. På bakgrunn av denne informasjonen ble det utsendt e-poster til landenes offisielle organisasjoner for stamming og interesseforeninger hvor det ble henvist til Pertijs oversikt (2014), samt forespørsel om bekreftelse innen hvorvidt informasjonen om retningslinjene stemte overens med retningslinjenes status den dag i dag. Ved utsending av e-post ble det nøye beskrevet en presentasjon av meg selv, hvilket universitet jeg representerte, ønske og formål ved oppgaven, ønske om henvisning til retningslinjen, samt beskrivelse av ønsket om å analysere retningslinjens metodologiske kvalitet ved bruk av AGREE-verktøyet.

### **3.2.2 Hvordan ble landene utvalgt og kontaktet?**

Landene som ble kontaktet vises gjennom Tabell 1. Det ble tatt et valg om å kontakte alle landene som ble vist til i Pertijs oversikt (2014) for å kunne inkludere og ta høyde for aktuelle endringer som var oppstått i løpet av de syv årene det var siden listen var utgitt. Det ble også besluttet å ta kontakt med ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) og Australias nasjonale logopedlag. Både USA og Australia er land som med sine faglige ressurser har bidratt til, og har hatt stor innflytelse når det kommer til hvordan behandling av stamming på barnehagebarn foregår gjennom europeiske logopeders arbeid med dette. Dette gjenspeiles blant annet i stor andel av studiene som er inkludert i Baxters (et. al., 2016) systematiske oversikt. Forskning utført av fagfolk i disse landene har hatt påvirkning i henhold til evidensbasert behandling. Dette kan eksempelvis vises til gjennom den australske forskeren Mark Onslow, som også har vært bidragsytende ved utvikling av- og forskning på The Lidcombe Program, som vi fra teorikapittelet husker er et evidensbasert stammebehandlingsprogram til barnehagebarn som er det er gjort mye forskning på (Nye et. al., 2013; Onslow et. al., 2003).

Datainnsamlingen begynte tidlig på nyåret, og det ble avgjort å benytte e-post gjennom å kontakte nasjonale logopedlag og interesseorganisasjoner for taleflytvansker i de aktuelle landene. CPOLOL (Comité Permanent De Liaison Des Orthophonistes-Logopèdes De L'ue) ble også kontaktet for å kunne nå ut nasjonale logopedland som kunne hjelpe meg med å innhente bekreftende informasjon. Metoden som er benyttet kan også til en grad gjenspeile en «snøballmetode». En snøballmetode kan beskrives som at *«Informanter rekrutteres ved at forskeren forhører seg om hvilke personer som vet mye om det temaet som undersøkes, personer som han bør komme i*

*kontakt med. Disse personene kan vise til andre informanter som det kan være aktuelt å ha med i undersøkelsen»* (Johannessen et. al., 2015, s. 405). I masteroppgavens øyemed illegges betydningen av «snøballmetoden» at de kontaktede organisasjonene og interesseorganisasjonene i enkelte tilfeller henviste min e-post videre til kolleger, i form av fagpersoner. Også kontakter via relevante fagpersoner ved Universitetet i Oslo, ble kontaktet for bekreftende informasjon rundt den eksisterende oversikten til Pertijs (2014). Der hvor landenes retningslinjer i engelsk utgave var funnet på nett ble denne lagt ved i e-posten med forespørsel om hvorvidt dette var den mest oppdaterte versjonen, eller om det fantes en nyere.

Fagpersonene jeg har vært i kontakt med har altså blitt gjort klar over hvordan informasjonen har bidratt til masteroppgaven. Ingen bidro til å gi personopplysninger gjennom e-postkorrespondansen, men fagpersonene er likevel blitt anonymiserte på bakgrunn av samtale og e-postkorrespondanse med NSD (Norsk Senter for Forskningsdata) hvor dette ble ettertrykkelig anbefalt å gjøre (NSD, personlig kommunikasjon, 18.05.21).

**Tabell 1: Oversikt over kontaktede land**

<b>Nasjon</b>	<b>Henvist videre, men tapte kontakten</b>	<b>Ingen kontakt</b>	<b>Har ikke retningslinjer og/eller har ikke retningslinjer tilgjengelig til oppgavens formål</b>	<b>Har retningslinjer, men oppfyller ikke inklusjonskriterier</b>	<b>Retningslinjer innhentet</b>
<i>Australia</i>			X		
<i>Belgia</i>			X		
<i>Finland</i>		X			
<i>Frankrike</i>		X			
<i>Hellas</i>	X			X	
<i>Irland</i>			X		
<i>Italia</i>		X			
<i>Kroatia</i>		X			
<i>Kypros</i>		X			
<i>Makedonia</i>		X			
<i>Malta</i>					X
<i>Nederland</i>					X
<i>Polen</i>				X	
<i>Portugal</i>			X		
<i>Slovenia</i>	X				
<i>Spania</i>	X				
<i>Storbritannia</i>				X	
<i>Sverige</i>					X

<i>Tyskland</i>					X
<i>USA (v/ ASHA)</i>		X			
<i>Østerrike</i>		X			

Slik tabellen viser ble det til slutt funnet frem til 4 retningslinjer som falt innunder de satte inklusjonskriteriene. Retningslinjene er tilhørende Sverige, Nederland, Tyskland og Malta. Datainnsamlingen ble besluttet avsluttet den 08.02.21 grunnet tidsaspektet for oppgavegjennomføringen. Nærmere beskrivelse av den enkelte retningslinje kommer i kapittelet som tar for seg resultatene. Slik ble de fire retningslinjene funnet frem til:

Sveriges retningslinje ble funnet åpent på internett. For å sikre at disse retningslinjene til dags dato er de mest oppdaterte, og som fortsatt benyttes, ble det sendt en e-post til den nasjonale interesseorganisasjonen for stamming (Stammingsförbundet). Ved søk etter den nyeste retningslinjeversjonen ble det funnet en versjon fra 2015. Kollegakontakt gjennom den nasjonale interesseforeningen for stamming bekreftet at retningslinjen fra 2015 er den mest oppdaterte (Anonym, personlig kommunikasjon 21.01.21).

Nederlands retningslinje ligger på lik linje med Sveriges også åpent ute på nett, hvorved disse ble utgitt i 2014. Etter e-postutveksling med den nasjonale interesseorganisasjonen ble det gjort klart at retningslinjene sist gang ble revidert i 2020 (NVST, personlig kommunikasjon 13.04.21). Revideringen var gjennomført og utgitt på nederlandsk, og dokumentene inngikk derfor ikke i inklusjonskriteriene. Retningslinjeutgaven fra 2014 er utgitt på engelsk og fylte ellers kravene til inklusjonskriteriene.

Gjennom søkehjelp fra personer i EST-prosjektet ble det funnet frem til en tysk retningslinje på internett, gitt ut på engelsk. Den ble utgitt i 2017 gjennom Deutsches Ärzteblatt International. Gjennom e-postkontakt med en relevant fagperson med god oversikt på området ble det informert om at 2017-versjonen er en forkortet utgave av en tyskutgitt versjon fra året før (Anonym, personlig kommunikasjon, 02.02.2021).

E-posten tilsendt Maltas nasjonale logopedlag (ASLP), ble sendt videre til en relevant fagperson hvor jeg fikk tilgang til retningslinjedokumentene (Anonym, personlig kommunikasjon, 14.01.2021). Retningslinjene kom i tre deler og ble utgitt i 2019. Det er planlagt en ny revidert utgave i september 2021. Maltas retningslinje fremgår dermed som den mest oppdaterte av dokumentene som er innsamlet.

Maltas retningslinje er offentlig, men ikke søkbar på nett. De andre retningslinje er søkbare på nett og det legges ved en lenke til dem. Selv om det kunne være konsekvent å legge ved dokumentet



som vedlegg på bakgrunn av at de andre retningslinjene er henvist gjennom en lenke, vil de ikke legges ved til oppgaven. Ved ønske om replikering av masterprosjektet henvises det til å benytte den beskrevne metodefremgangen for innhenting av retningslinjedokumentene.

### 3.3 Utvalgskriterier

Bakgrunnen for valg av kriterier til datainnsamling var at de retningslinjedokumentene som ble samlet inn skulle være på et språk jeg kunne forstå. Videre var det vesentlig å forsøke å få tak i de aller nyeste retningslinjene, da dette ville gi det mest rettferdige sammenligningsgrunnlaget med tanke på evidensgrunnlaget som underbygger innholdet.

Det har vært interessere for å se på hvordan retningslinjer for stammebehandling til barnehagebarn ser ut. Retningslinjene kunne også inneholde andre tilstander og aldersgrupper, men på bakgrunn av min snevre aldersgruppeinteresse var det avgjørende at retningslinjen måtte omtale barnehagebarn helt spesifikt. Gjennom datainnsamlingsprosessen, som følgelig foregikk på engelsk, ble begrepet «preschool children» benyttet som substitutt for «barnehagebarn».

På bakgrunn av dette ble inklusjonskriteriene i konkret form slik:

- Retningslinjene skal være skrevet på engelsk, svensk eller dansk.
- Retningslinjene skal være skrevet i 2011 eller senere.
- Retningslinjene skal være utformet på et evidensbasert grunnlag
- Retningslinjene skal omhandle stammebehandling til barnehagebarn
- Retningslinjene skal være nasjonale og først og fremst ment til klinikere

### 3.4 Det metodiske analyseverktøyet AGREE

#### 3.4.1 Hva er verktøyet AGREE?

For å analysere retningslinjedokumentene ble det tatt et valg om å benytte AGREE 2 (The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). AGREE 2 er et internasjonalt verktøy som er utviklet for å kartlegge kvaliteten og rapporteringen av kliniske, praktiske retningslinjer.

AGREE-verktøyet ble første gang dannet av en gruppe forskere og retningslinjeutviklere fra verden over, og er den andre reviderte utgaven av den første utgaven «Original AGREE Instrument». Målet var å skape et verktøy som kunne bidra til å evaluere retningslinjers kvalitet. Verktøyet finnes på flere språk. AGREE har til sammen utviklet 8 metodiske verktøy, hvor flere av disse er ment å kunne benyttes i samspill med hovedevalueringsverktøyene «Original AGREE instrument» og «AGREE 2» (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

Verktøyet er finansiert av Canadian Institutes of Health Research (CIHR), og ble ledet av Dr. Melissa Brouwers ved McMaster University i Canada, i samarbeid med en gruppe andre internasjonale forskere. Gjennom utviklingen fra «Original AGREE instrument» til AGREE 2 fremkom et enda større fokus på reliabilitet og validitet, hvor forsterket fokus på dette blant annet fremkom gjennom å skape en detaljert brukermanual som skulle sørge for at brukerne av verktøyet evaluerte med mindre varierende metoder (AGREE Next Steps Consortium, 2013). I tillegg ble det laget informative videoer som fungerer som forelesninger om hvordan å benytte verktøyet for retningslinjerevaluering. AGREE 2-versjonen som er anvendt i oppgaven ble sist oppdatert i 2013 (AGREE Trust Organisation, u. å.).

### **3.4.2 Hva slags informasjon ønskes gjennom bruk av AGREE for analysering?**

Analyseverktøyet tar i hovedsak for seg evaluering av metoder benyttet for utvikling av retningslinjen. For implementering av AGREE finnes det, som nevnt, en brukermanual. Denne ligger åpent på nett, og det vises blant annet til tre hovedformål ved bruk av verktøyet i analysesetting:

- Å kartlegge kvaliteten ved retningslinjer.
- Å gi en metodologisk strategi for utvikling av retningslinjer.
- Gi informasjon om hva slags informasjon som bør finnes, og videre hvordan dette bør rapporteres i en retningslinje.

(AGREE Next Steps Consortium, 2013, s. 1).

Hva ilegges så «kvalitet ved retningslinjer»? AGREE-verktøyet er utviklet for å bidra til mindre variabilitet i retningslinjenes kvalitet. Hva vil det kvalitetsmessige i retningslinjene bety i denne sammenheng? Utviklerne av verktøyet har definert det slik:

*«(...)the confidence that the potential biases of guideline development have been addressed adequately and that the recommendations are both internally and externally valid, and are feasible for practice»* (AGREE Next Steps Consortium, 2013, s. 1).

Verktøy-utviklerne er også tydelige på hva analyseverktøyet ikke måler. Det kommer frem at verktøyet ikke tar sikte på å vurdere den kliniske validiteten av retningslinjenes anbefalinger. (AGREE Next Steps Consortium, 2013). I dette vil det kunne ilegges at anbefalingenes eksplisitte

innhold ikke er informasjon AGREE vurderer, men at hensikten ligger i å vurdere hvorvidt retningslinjene imøtekommer analyseverktøyets krav til beskrivelser av metodologien i utviklingsprosessen.

### **3.4.3 Hvorfor er AGREE-verktøyet adekvat analyseverktøy for oppgaven?**

Flere av vurderingspunktene i analyseverktøyet retter seg mot helsekontekster. Fra tidligere er AGREE-verktøyet blitt benyttet til andre logopediske fagområder innen eksempelvis afasi (Rohde, Worrall og Dorze, 2013). Et annet eksempel på at AGREE-verktøyets innhold er et anerkjent utgangspunkt for utvikling av retningslinjer, vises via Svenska Logopedförbundet. Gjennom Svenska Logopedförbundets håndbok om utvikling av kliniske, evidensbaserte retningslinjer innenfor det logopediske fagfeltet, blir det eksplisitt anbefalt å benytte AGREE som en del av utviklingsprosessen. Å benytte AGREE i arbeidet underveis beskrives å være nyttig for å kunne sørge for et retningslinjedokument med høy innholdsmessig kvalitet (Svenska Logopedförbundet, 2016).

I brukermanualen anbefales det å være minst to, og aller helst fire personer som vurderer retningslinjene. Dette begrunnes med at det vil kunne gi økt reliabilitet i kartleggingen (AGREE Next Steps Consortium, 2013). Da dette var å tolke som en anbefaling fra AGREE, og masteroppgavens omfang vanskeliggjorde å være flere om analysen, ble det gjort et valg om at jeg som enkeltperson gjennomførte analysene. For å likevel kunne legge til rette for en mest mulig reliabel og valid gjennomføring med analyseverktøyet ble det gjort et grundig forarbeid hvor jeg leste og satte meg nøye inn i alle delene brukermanualene bestod av. I manualen er det en sterk oppfordring om å gå nøye igjennom dokumentets innhold og forstå dette før selve analyseringen av de aktuelle retningslinjene (AGREE Next Steps Consortium, 2013). Retningslinjer kan være omfattende, detaljerte og til dels lange dokumenter som det kan være utfordrende å navigere seg frem i, og det opplevdes styrkende få oversikt og forståelse omkring de seks domeneene, samt hvordan besvarelsen av disse kom til syne gjennom retningslinjene før selve analysegjennomføringen tok fatt. Videre ønsket jeg å sikre min forståelse av verktøyet ved å undersøke tidligere utførte retningslinjeanalyser hvor AGREE var benyttet.

### **3.4.4 Hvordan gjennomføre analyse med AGREE 2 som metodisk verktøy?**

AGREE-verktøyet tar høyde for seks domener som alle tar for seg ulike områder ved retningslinjen. Under de seks domeneene finnes til sammen 23 vurderingspunkter som ved hvert av domeneene utgjør oppsummerte skårer. Tabell 2 gir en overordnet innsikt i domeneenes innhold. Mer utdypende beskrivelser vil komme i resultatkapittelet.

Ved hvert punkt er det oppført et «How to rate»-avsnitt som inneholder kriterier og vurderinger rundt den spesifikke informasjonen tilpasset det enkelte vurderingspunkt. Disse må retningslinjen møte for å motta en høy skåre. Den som analyserer må gå inn i retningslinjen og lete frem informasjonen, og det skal skrives ned hvorvidt vurderingskriteriene er tatt høyde for i den aktuelle retningslinjen. Etter å ha funnet frem til relevant informasjon, gis en skåre til det enkelte vurderingspunktet fra 1-7. Det er et vesentlig aspekt at rangeringsresultatet ikke kun beror på hvorvidt det er klarert at retningslinjen inneholder de nødvendige elementene som inngår, men også hvordan en har kommet frem til informasjonen av relevans for det enkelte punktets krav.

*Skårene ble gitt ut fra følgende beskrivelse fra AGREE-utviklerne:*

1: (Svært uenig). En skåre på 1 bør gis når det ikke finnes noe informasjon som er relevant for det aktuelle punktet, eller hvis aktuell informasjon er svært svakt rapportert.

2-6: En skåre mellom 2 og 6 er passende når rapporteringen av punktet ikke fullstendig møter kriteriene eller vurderingene. Skåren passer ut fra helheten og rapporteringskvaliteten. Skårene øker jo flere kriterier som møtes og vurderinger som adresseres.

7: (Svært enig). En skåre på 7 bør gis hvis kvaliteten på rapporteringen er eksepsjonell, og hvor alle kriteriene og vurderingene som er utformet i AGREE-manualen er blitt møtt.

(AGREE Next Steps Consortium, 2013, s. 11).

**Tabell 2: AGREE-verktøyets analyseområder**

<b>Domeneområde</b>	<b>Formål</b>
1. Omfang og formål (Scope and purpose)	Domenet tar for seg det overordnede målet med retningslinjen, spesifikke helsespørsmål og målpopulasjonen. Omfatter punkt 1-3.
2. Interessenters involvering (Stakeholder involvement)	Domenet tar for seg i hvilken utstrekning retningslinjen er utviklet av de passende interessentene, og om det representerer synet på dets intenderte brukere. Omfatter punkt 4-6.
3. Grundighet i utviklingen (Rigour of development)	Domenet tar for seg prosessen for å samle og syntetisere evidensen, metodene for å formulere anbefalingene og oppdatere dem. Omfatter punkt 7-14.

4. Klarhet i presentasjonen (Clarity of presentation)	Domenet tar for seg språket, strukturen og formatet ved retningslinjen. Omfatter punkt 15-17.
5. Anvendelighet (Applicability)	Domenet tar for seg sannsynlige barrierer og tilrettelegginger for implementeringen, og den ser på ressursimplikasjoner for anvendelse av retningslinjenes anbefalinger. Omfatter punkt 18-21.
6. Redaksjonell uavhengighet (Editorial independence)	Domenet tar for seg at anbefalingene ikke er utelukkende partiske med en form for konkurrerende interesse. Omfatter punkt 22 og 23.

Etter evaluering av alle områdene, følger en «Overall Assessment» hvor den som analyserer blir bedt om å gi en tallrangering på retningslinjen i sin helhet, samt en skriftlig bakgrunn for dette. Videre besvares det hvorvidt en vil anbefale retningslinjen til bruk. Her er svaralternativene «Yes», «Yes, with modifications» eller «No». Til sist skal en total evalueringsskåre gis for retningslinjen som helhet.

I denne oppgavens tilfelle ble «My AGREE Plus» benyttet. «My AGREE Plus» er et gratis, digitalt innloggingsbasert brukerverktøy hvor den som analyserer kan evaluere og rangere retningslinjer etter nøyaktig samme prosedyre som presentert ovenfor. Brukerverktøyet finnes på AGREE Trust Organisations hjemmeside (AGREE Trust Organisation, u.å.). Det presenteres så en tabelloversikt med domenes totale skåringer. AGREE-manualen beskriver hvordan å kalkulere domeneskåre, som også viser til hvor stor prosentandel det enkelte domenet oppnådde sett opp mot den totale mulige skåren. Manualen er tydelig på at de seks domenene er uavhengige av hverandre og at domeneskårene ikke bør oppsummeres til én skåre (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

Måten de forskjellige domenes prosentskåre av den høyeste oppnåelige skåren ble utregnet gjennom følgende regnestykke:

**Maksimum mulig skåre – minimum mulig skåre**

(AGREE Next Steps Consortium, 2013, s. 9).

Det kommer frem at selv om domeneskårene kan være nyttige for å sammenligne retningslinjer og kan gi informasjon om hvorvidt en retningslinje kan anbefales til bruk eller ei, er det ikke gitt krav til gitte skåringsmønstre på tvers av domeneene for å skille på retningslinjer av høy- eller lav kvalitet. Dette vil også vises gjennom at det ikke er mulig å motta en skåre som tilsvarer ingen/0 poeng. I resultatoversikten i Tabell 4 vil det være oppgitt minimumsskårer i form av minste mulige skåre. Skåreresultatet gjøres ut fra analyserens forståelse av de vurderingskrav AGREE-verktøyet har satt (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

Ved ønske om å gå mer i dybden på hva vurderingspunktene innunder hvert domene inneholder og å få innsyn i kravene for rangering finnes mer informasjon i brukermanualen for AGREE 2 gjennom [www.agreetrust.no](http://www.agreetrust.no).

### **3.4.5 Spesifikke momenter for oppgavens analysegjennomføring**

Som nevnt har jeg kun vært interessert i informasjon om stammebehandling til barnehagebarn. Selv om jeg har lest gjennom retningslinjen fra perm til perm, har ikke andre aldersgrupper og andre vansketilstander (der dette har vært inkludert i den samme retningslinjen) blitt tatt høyde for i min analyse. Bakgrunnen for å lese igjennom hele retningslinjen har vært for å kunne sikre at vesentlig informasjon ikke utelates. Retningslinjer vil kunne være utformet noe ulikt, og jeg har ønsket å få med meg alt det som kunne være relevant om behandling for barnehagebarn.

Slik det kommer frem under hvordan en analyse med AGREE gjennomføres er det kvaliteten på retningslinjen som er blitt vurdert, og ikke det detaljerte innholdet (AGREE Next Steps Consortium, 2013). I resultatkapittelet og i de vedlagte dokumentene vil det være beskrevet ut fra domenenivå, og overordnet hvorvidt AGREEs vurderingspunkter er oppnådd eller ikke. For å komme frem til disse analysesvarene har det vært nødvendig å lete frem detaljer i retningslinjene som munner ut i de litt mer overordnede analysesvarene. I diskusjonskapittelet vil jeg derfor også kunne trekke ut enkelte detaljer fra retningslinjene som har inngått for å komme frem til analysesvarene der dette er å regne som relevant for å kunne besvare spørsmålet om hvordan funnene kan ses i lys av den fremlagte teorien, samt hvilken betydning dette har i sammenheng med logopeders evidensbaserte praksis. Det er derfor vesentlig å legge frem at det i diskusjonskapittelet kun legges frem informasjon som har utgjort analysesvarene som er gitt gjennom resultatkapittelet og analysevedleggene for øvrig.

Besvaring av forskningsspørsmål 1: «*Hvordan skiller ulike lands retningslinjer seg fra hverandre innen metodologisk kvalitet?*», gjøres i kapittel 4. Her legges resultatene fra de vedlagte analyseskjemaene frem, og gjennom dette vises det også til hvordan retningslinjene skiller seg fra hverandre. Gjennom tallfestede tabeller, skåringsvurderinger og skriftlige sammendrag gis det innblikk i hvordan retningslinjene er vurdert på forskjellig vis ut fra de samme kriteriene fra AGREE-manualen.

Besvaring av forskningsspørsmål 2: «*Hvilken betydning har kvalitetsfunnene i lys av evidensbasert praksis og implikasjoner for logopeder?*», gjøres i kapittel 5. Her ses funnene fra analysen opp mot teorien som er gjort rede for i kapittel 2.

## **3.5 Validitet og reliabilitet**

### **3.5.1 Validitet- og reliabilitetssjekk av analyseverktøyet**

På AGREE Trust Organisations hjemmeside er det beskrevet at AGREE 2 har blitt validitets- og reliabilitetssjekk. Sjekkene er utført av Brouwers med kolleger. På hjemmesiden vises det til to artikler hvor Brouwers med kolleger har fremlagt sine resultater (Brouwers et. al., 2010; Brouwers et. al, 2010 referert i AGREE Trust Organisation, u.å.), og funnene viste at verktøyet var valid og reliabelt (AGREE Trust Organisation, u.å.)

### **3.5.2 Reliabilitet**

Reliabilitet i kvalitativ og tekstanalytisk sammenheng kan ha tolkningsmessige aspekter ved seg. I den sammenheng kan reliabilitetsbegrepet defineres på følgende måte:

*«Det innebærer en sterk vektlegging av objektivitet og nøytralitet. (...). Tolking har med nødvendighet et subjektivt preg. Teksten og dens omgivelser er i seg selv et mangetydig materiale, og i tillegg er selve tolkingen en prosess som ikke er hundre prosent gjennomiktig. Samlet gir dette et ulikt syn på potensialet for (og ønskeligheten av) en analyse som er objektiv og etterprøvbar.»* (Bratberg, 2017, s. 119).

Ved gjennomføring av analyse med AGREE-verktøyet er det, som nevnt, anbefalt å være minst to personer, og aller helst fire. Ved å være flere om å gå igjennom, sammenligne og se resultater opp mot hverandre vil en kunne få til en sammenstilling av sluttskårene som i større grad vil kunne være styrkende for reliabiliteten (AGREE Next Steps Consortium, 2013). Fordi valgene for skårene som blir gitt og analysefunnene er foretatt av én person, kan det føre til en viss grad av subjektive nyanseringer. Dette gjør at det kan være noe usikkerhet innen hvor nøyaktig replikerbarhet masteroppgavens analyseresultater kan gi. Likevel er det viktig å få frem at

analyseavarene alltid er gitt i henhold til de kriteriene og vurderingene som er fremlagt i brukermanualen.

### 3.5.3 Validitet

Kvalitative forskningsdesign har, i motsetning til kvantitative forskningsdesign, i sin natur et mer begrenset datamateriale enn hva kvantitative design kan romme, noe som også vil kunne gjenspeiles i hvordan de ulike validitetsformene imøtekommes. Validetsbegrepet kan deles i underbegreper som omhandler både indre (grad av gyldighet) og ytre (grad av generaliseringsmulighet) former. Definisjonene av de to inndelingene kan fremlegges på følgende vis:

### 3.5.4 Indre validitet

*«Høy indre validitet forutsetter at man har god kontroll over mulige bias (...). Dette brukes for å vurdere hvorvidt en valgt indikator faktisk måler det som forskeren ønsker å måle.»* (Dahlum, 2020).

Retningslinjedokumentene benyttet i analysen fremstår som et sekundært dataprodukt. I sekundære fremstillinger vil det også være mulige feilkilder/bias som kan ha betydning for analysens fremstilling (Sander, 2019). Det kan tenkes å være knyttet til metodologiske prosesser for utviklingen av retningslinjene og hvordan og hva slags faktorer som er vektlagt og inkludert i utarbeidelsen av disse.

Selv om inklusjonskriteriene som er satt for oppgaven har som mål å sørge for at evidensgrunnlaget i de ulike retningslinjene ikke spriker i for stor grad, og er kompatible for sammenligning, vil retningslinjene selv kunne sette noe ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette kan videre bidra til ulik sekundærfremstilling. Gjennom analysen og min tolkning av hvorvidt krav og kriterier til det enkelte vurderingspunkt møtes er det også en risiko for feiltolkning fra min side.

Øivind Bratberg sier følgende om primære og sekundære kilder: *«Primær- og sekundærkilder handler om avstanden til begivenheten som har funnet sted, hvor primærkilden står nærmest. (...). En annenhåndskilde gir informasjon via mellomledd.»* (Bratberg, 2017, s. 165). Retningslinjer er et sekundært produkt. Mellomleddet Bratberg omtaler, kan handle om retningslinjens forfattere. Som nevnt tidligere omtalte Cohen (et. al., 2018) ulike sosiale og samfunnsmessige omstendigheter som kunne ha påvirkning på hvordan dokumentet er utformet. Dette kan også omhandle hvilke bakgrunner og interesser dokumentenes forfattere har. Dette i møte med min



førforståelse av tematikken for oppgaven vil også kunne virke påvirkende på hvordan jeg forstår innholdet i retningslinjen og videre hvordan jeg tolker innholdet opp mot analyseverktøyets domener.

Fordi AGREE-verktøyet kan benyttes på alle kliniske retningslinjer innen vidt forskjellige tilstander, finnes det følgelig ikke en konkret fasit for all informasjonen som kan inngå i vurderingene, og det vil til en viss grad være opp til den som analyserer å vurdere i henhold til de aktuelle retningslinjenes kontekst og tematikk. Dette gir en viss tolkningsfrihet innen hvordan analyseverktøyet kan forstås opp mot stamming som fagfelt. Igjen kommer dette med førforståelse inn i bildet. Førforståelsen vil ikke nødvendigvis kun rette seg mot å lese seg opp på det som er relevant for oppgaven, men handler også om den tause kunnskapen (Grue, 2015). Tidligere opplevelser og verdensforståelse i samspill med den faglige tilegnede kunnskapen, vil sammen kunne ha betydning for den måten retningslinjenes innhold er tolket på – noe som også vil kunne peke tilbake til reliabilitetsaspektet.

På den annen side vil det være styrkende for den indre validiteten at det er benyttet en grundig brukermanual underveis, og at den er utviklet med tydelige områder/domener, som med sine underliggende kriterier for vurdering gir spesifikke beskrivelser innen hva slags informasjon fra retningslinjene som ønskes. På bakgrunn av validitets- og reliabilitetssjekkene AGREE 2-verktøyet har blitt utsatt for, er det grunn til å tro at de vurderingene som gjøres ikke i for stor grad kan være tolkningsbetinget.

Retningslinjene som ble samlet inn er i noe ulikt format. Dette kan være uheldig. Tysklands retningslinjer synes å være en forkortet versjon av deres tyskspråklige utgave fra 2016 (Anonym, personlig kommunikasjon 02.02.21). At mer kortfattede retningslinjer blir analysert med samme verktøy, og slik sett sammenlignet med lengre og mer utfyllende dokumenter, kan være uheldig, da dette kan bidra til forskjeller i resultatsammenstilling.

Måten dataene er samlet inn på kan også ha en påvirkning på hvordan sluttresultatet på oppgaven blir (Jacobsen, 2005). Pertijs (2014) nevner flere land i Europa som enten arbeider med retningslinjer eller som har utviklet dette, men inkluderer ikke alle landene i Europa. At det finnes flere land, utover landene jeg kontaktet, som har utviklet retningslinjer siden 2014 er ikke utvilsomt. Derfor finnes det også en mulighet for at det kunne vært enda flere retningslinjer inkludert i denne oppgaven. I tillegg fremgår det av Tabell 1 at ikke alle de offisielle logopedlagene og interesseorganisasjonene besvarte min e-post om retningslinjene eller ønsket ikke å dele retningslinjer til oppgavens hensikt. Her finnes også muligheter for at relevant

informasjon til oppgavens formål ikke er blitt inkludert. Slik sett vil et usystematisk søk, og snøballmetoden som er benyttet som en del av oppgavens metode, kunne bidra til at informasjon av interesse kan utelates, noe som også kan ha betydning for den indre validiteten (Jacobsen, 2005).

### **3.5.5 Ytre validitet**

Ytre validitet omhandler «(...) i hvilken grad funnene fra en undersøkelse kan generaliseres. (...). Hensikten med kvalitative metoder er som regel ikke å generalisere fra utvalget av enheter til en større gruppe enheter (populasjonen). (...) Årsaken til dette er at vi som regel bare undersøker noen få enheter, og at disse enhetene er trukket ut for et spesielt formål. Dermed er det vanskelig å påstå at dette utvalget er representativt for en større populasjon av enheter.» (Jacobsen, 2005, s. 223).

I denne masteroppgavens øyemed er det ikke et mål å skulle generalisere de resultatene som fremkommer. Dette på grunnlag av at retningslinjene som er utvalgt kun kan tale for seg, og ikke har videre generaliseringsverdi utover den informasjonen som fremkommer fra analysen, som videre er knyttet opp mot problemstillingen. Likevel kan funnene være et utgangspunkt for videre forskning. Dette kommer jeg nærmere tilbake til ved avsnitt om implikasjoner for forskning i oppgavens siste del.

## **3.6 Forskningsetiske betraktninger**

### **3.6.1 Behovet for å søke NSD og REK**

Fordi det ikke ble innhentet personopplysninger eller helseopplysninger var det ikke behov for å søke NSD (Norsk Senter for Forskningdata) eller REK (De Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Gjennom e-postutvekslinger med NSD ble det bekreftet at søknad om prosjektgjennomføring til dem ikke var nødvendig på bakgrunn av personopplysninger ikke skulle samles inn til oppgavens formål. Som nevnt har interesseorganisasjonene og fagforeningene ved enkelte tilfeller henvist videre til fagpersoner. Der hvor dette har vært tilfelle og det er gitt informasjon av verdi for oppgaven har fagpersonene disse blitt anonymisert.

Dokumentene som er benyttet til oppgavens formål er offentlige. Sveriges, Nederlands og Tysklands retningslinjer ligger åpent ute på nett, og vil slik kunne gjenfinnes av alle. Maltas retningslinjer ble ikke funnet gjennom internett, men ble, som tidligere nevnt, innhentet gjennom tilsendte dokumenter på e-post.

### **3.6.2 Innholdstolkning og etiske aspekter ved dette**

Hver av retningslinjene vil følgelig har ulike måter å uttrykke sitt innhold på, noe som gjør at jeg som forsker også blir nødt til å tilnærme meg innholdet med en åpenhet for hva som kan tilsies å møte de satte kriteriene AGREE gir. Tolkningsrommet det kan gi ved å være nødt til å lese litt mellom linjene der informasjonen ikke er like konkret fremstilt som analyseverktøyet vil ha det til, vil også kunne ses gjennom et etisk aspekt. På et vis vil dette kunne fremstå som et forskningsetisk dilemma i henhold til nøytraliteten jeg har som forsker. Det finnes forskjellige måter å gjengi den samme informasjonen på – så er det opp til min forståelse av denne i samspill med analyseverktøyets krav hvordan å møte disse fremstillingsforskjellene på.

### **3.6.3 Kildekritikk**

I likhet med det som nevnes om datainnsamlingens betydning for validiteten, vil det at Pertijs (2014) presentasjon inneholdt et utvalg av europeiske land også kunne peke på kildekristiske aspekter for mitt datainnsamlingsutgangspunkt. På bakgrunn av at utgangspunktet for de landene som ble kontaktet ble funnet i en presentasjon hvor det ikke var nevnt tydelige beskrivelser av hva som var bakgrunnen for at akkurat disse landene var inkludert, vil dette kunne gjøre at grunnlaget for min retningslinjeinnsamling kan ha bidratt til eksklusjon av retningslinjer fra andre land. Å få god oversikt over kontekst i en presentasjon vil kunne være utfordrende, og kan følgelig ha ført til at jeg har unngått noen viktige aspekter rundt innholdet i denne, og slik sett forstått litt stykkevis og delt.

# 4.0 RESULTATER

## 4.01 Forskningsspørsmål for analysen

For å besvare oppgavens hovedproblemstilling: «*Hvordan er den metodologiske kvaliteten ved ulike nasjoners evidensbaserte retningslinjer for stammebehandling til barnehagebarn?*» ble det, som nevnt innledningen, presentert to forskningsspørsmål. Ved analysen gjennom AGREE (som beskrives nærmere i metodekapittelet) har følgende spørsmål blitt stilt:

«*Hvordan skiller ulike lands retningslinjer seg fra hverandre innen metodologisk kvalitet?*»

## 4.1 Fra datainnsamlingen

### 4.1.1 Funn rundt europeiske lands retningslinjestatus

Datainnsamlingen bidro til å gi større innsikt i hvordan nåværende status rundt nasjonale retningslinjer er. Den informasjonen jeg fikk gjennom kontakt med landenes offisielle logopedlag, offisielle interesseorganisasjoner for stamming og henvisning til relevante fagpersoner ga mulighet for å kunne bidra til en oppdatering av den oversikten jeg tok utgangspunkt i ved datainnsamlingens begynnelse. Funnene rundt dagens retningslinjestatus fremstilles i Tabell 3. Det er de samme landene som Pertijs viste til gjennom sin presentasjon (Pertijs, 2014).

**Tabell 3: Europeisk retningslinjestatus anno 2021.**

<b>Land</b>	<b>Kliniske retningslinjer</b>	<b>Type</b>	<b>Utgivelsesår</b>
Belgia	Nei	-	-
Finland	<i>Uvisst*</i>	-	-
Frankrike	<i>Uvisst*</i>	-	-
Hellas	<i>Uvisst*</i>	-	-
Irland*1	<i>Under konstruksjon*</i>	Evidensbasert	Dannet utkast i 2010/2011, men ikke formalisert (Anonym, personlig kommunikasjon 28.01.21)
Italia	<i>Uvisst*</i>	-	-
Kroatia	<i>Uvisst*</i>	-	-
Kypros	<i>Uvisst*</i>	-	-
Makedonia	<i>Uvisst*</i>	-	-
Malta	Ja	Evidensbasert	2019 (Anonym, personlig kommunikasjon, 14.01.21)
Nederland	Ja	Evidensbasert	2020 (nederlandsk utgave) (NVLf, personlig kommunikasjon, 22.01.21).
Polen	Nei	-	-
Portugal	Under konstruksjon.	Evidensbasert	-
Slovenia	<i>Uvisst*</i>	-	-
Spania	<i>Uvisst*</i>	-	-
Storbritannia	Ja	Evidensbasert	2005 (nyeste versjon funnet søkbart på nett)
Sverige	Ja	Evidensbasert	2015 (Anonym, personlig)

			kommunikasjon, 21.01.21)
Tyskland	Ja	Evidens- og konsensusbasert	2016 (fullstendig tysk versjon) 2017 (forkortet engelsk versjon av 2016-versjonen) (Anonym, personlig kommunikasjon, 02.02.2021)
Østerrike*2	Nei*	-	-

\*Uvisst er benyttet i de tilfellene hvor det er ikke er oppnådd kontakt, eller hvor det ble henvist til andre og videre kontakt ikke ble oppnådd.

\*1: Irlands retningslinje er merket «under konstruksjon». Gjennom e-postkorrespondanse med en relevant fagperson gis det informasjon om at det ble påbegynt retningslinjearbeid i 2010/2011, men det fremstår uklart om arbeidet fortsatt er underveis (Anonym, personlig kommunikasjon 28.01.21).

\*2: Nei er benyttet i forbindelse med Østerrike. Etter e-postkorrespondanse med en relevant fagperson ble det informert om at en tyskuttgitt retningslinje fra 2016 benyttes som en rettesnor også for mange logopeder i Østerrike (Anonym, personlig kommunikasjon 22.04.21).

#### **4.1.2 Inklusjonskriterienes resultater for innsamlede retningslinjer**

Ut fra de inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble lagt frem i metodekapittelet ble retningslinjene til Sverige, Nederland, Tyskland og Malta tatt med som grunnlag for oppgaven. Det betyr at disse retningslinjene er under 10 år gamle, er skrevet på engelsk eller et skandinavisk språk, omhandler barnehagebarn som stammer, at de er evidensbaserte og ment til klinisk bruk. I tilfeller hvor land viser til at de har retningslinjer, men ikke er inkludert i denne oppgaven, betyr det at de ikke oppnådde kvalifikasjonskravene.

## 4.2 Presentasjon av innsamlede retningslinjer

### 4.2.1 Sveriges retningslinje

Tittel: «*Kliniska riktlinjer för logopediska insatser vid stamning och stanningsproblematik*».

Forfattere: Grundström, P., Lindström, E., Lundström, C., Pihlgren, A. og Samson, I.

Utgitt: 2015

Sveriges retningslinje er utarbeidet i regi av SLOF (Svenska Logopedförbundet). Forfatterne av retningslinjen har bestått av 5 logopeder som alle har hatt klinisk virksomhetserfaring i 13-37 år. I all hovedsak er retningslinjen utarbeidet gjennom ideellt arbeid, men hvor ferdigstillingen av retningslinjen er finansiert gjennom Ingvar Norgrens fond, Landstinget Dalarna.

Retningslinjearbeidet startet i 2011 og dokumentet ble utgitt i 2015. Retningslinjen tar for seg hele prosessen fra kartlegging til behandling. Dokumentet tar for seg aldersgruppene barnehagebarn, barn i skolealder, ungdom og voksne som stammer. Innunder barnegruppen er også barnehagebarn som klientgruppe inkludert. Retningslinjen er utformet til bruk for klinisk virksomme logopeder, og det er et uttalt mål for retningslinjen at man ønsket å finne den eksisterende evidensen på området for å danne anbefalinger til logopedene slik at de kan utøve likeverdig behandling. Det har også vært ønskelig at innholdselementene i retningslinjen skal kunne medvirke til at klienten blir motivert og får tillit til behandlingen. Det er eksplisitt beskrevet at retningslinjen skal være en veileder for utvelgelse av adekvate tilnærminger for utredning og intervensjoner ved spesifikke kliniske tilstander, og at dokumentet ikke er ment å være tvingende prosedyrisk (Grundström et. al., 2015).

### 4.2.2 Nederlands retningslinje

Tittel: «*Clinical Guideline. Stuttering in Children, Adolescents and Adults*».

Forfattere: Pertijs, M.A.J., Oonk, L.C., Beer, de J.J.A., Bunschoten, E.M., Bast, E.J.E.G., Ormond, van J., Rosenbrand, C.J.G.M., Bezemer, M., Wijngaarden, van L.J., Kalter, E.J., Veenendaal, van H.

Utgitt: 2014.

NVLF (Dutch Association for Logopedics and Phoniatics) har hatt regien på retningslinjeutviklingen, og under følger også flere involverte organisasjoner som har virket som medforfattere sammen med NVLF – herunder NVST (Dutch Association for Stuttering Therapy) og Demosthenes (the patient association for (parents of) children and adults who stutter), hvor nevnte fagpersoner gjennom disse organisasjonene har bidratt. Dokumentet ble realisert av CBO.

CBO beskrives i retningslinjen å være et organ som har som mål å støtte profesjons- og helseorganisasjoner med individuelle praktikere til å forbedre sin klientivaretagelse. I retningslinjeutviklingens sammenheng har deres prosjekter bidratt til systematiske og strukturerte forbedringer og vedlikeholdelse av god klientivaretagelse. Finansieringskildene som har bidratt til arbeidet er NVLF, Demosthenes, NVST og The Dampstè-Terpsta Foundation.

Retningslinjen tar for seg både kartlegging og behandling av stamming til barnehagebarn, barn i skolealder, ungdom og voksne, og er utformet til å kunne benyttes av kliniske logopeder, andre helsefaglige profesjonelle som er i kontakt med klientpopulasjonene og mennesker som selv stammer og deres signifikante andre. Sistnevnte begrunnes med at det skal gi økt mulighet til å være informert om hva en kan forvente av stammebehandlingen. Videre oppgis det at retningslinjen også vil kunne være av nyttig verdi for forsikringsselskaper innen helse. Et mål for retningslinjen er å kunne redusere uønskede variasjoner i behandling mellom ulike klinikere, kunne gi den beste behandling på bakgrunn av forskningsmessig evidens, profesjonell ekspertise og klientens ekspertise om seg selv. Det å gjøre hurtigvoksende informasjonstilstrømming mer håndterbar er også et formål (Pertijs et. al., 2014).

#### **4.2.3 Tysklands retningslinje**

Tittel: «*The Pathogenesis, Assessment and Treatment of Speech Fluency Disorders*».

Forfattere: Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, HG., Cook, S., Sandrieser, P. og Sommer, M.

Utgitt: 2017.

Tysklands retningslinje er bygget på et evidens- og konsensusbasert grunnlag. 17 ekspertgrupper beskrives å ha bidratt i utviklingen, og som hovedforfattere er det å forstå at 6 medlemmer med professorstillinger innen fagområdene medisin, psykologi, tale- og språk, stamming og nevrologi har bidratt til retningslinjens innhold. Det er ikke oppgitt finansieringskilder for realiseringen. Dokumentet tar for seg hva ulike former for stamming innebærer, samt kartlegging og behandling av stamming til barn (barnehagebarn og skolebarn) og voksne. Det er også utarbeidet en egen del om løpsk tale (Neumann et. al., 2017).

#### **4.2.4 Maltas retningslinje**

Innebærer ett hoveddokument med to tilleggsvedlegg.

Titler: «*Fluency Disorders Policy*» med vedleggene «*Fluency Disorders Pre-School Children Standard Operating Procedure*» og «*Fluency Disorders Pre-School Children Care Pathway*».



Forfattere: Fluency Specialised Division.

Utgitt: 2019.

Forfatterne av dokumentet er «Fluency Specialised Division». Andre involverte organisasjoner i retningslinjeutformingen er «Administration Committee: Speech-Language Centre» og «Profession Lead Speech-Language Centre». Finansieringskilder fore realisering av retningslinjen er ikke oppgitt. I tillegg til å ta for seg behandling for barnehagebarn, barn i skolealder og ungdom som stammer, inneholder retningslinjen også en egen del om løpsk tale. Det er beskrevet at formålet med retningslinjen er å kunne veilede logopeder i sine behandlingsavgjørelser og skape økt homogenitet i behandlingen på tvers av klinikker. Retningslinjen er beskrevet som «policy» og «procedure» (Fluency Disorders Policy, 2019).

## **4.3 Resultatene fra AGREE-analysen**

### **4.3.1 Resultatfremstilling på domenenivå**

Det digitale hjelpeverktøyet My AGREE Plus (AGREE Trust Organisation, u. å.) ble brukt til å gjennomføre analysene. Ved gjennomført analyse dannet verktøyet et samlet dokument hvor domenenene og vurderingspunktene ble fremstilt. Analysedokumentene ligger vedlagt til oppgaven.

Ved hver av domenenene som tidligere er beskrevet ligger det mange vurderingspunkter til grunn for å kunne besvare oppgaven. Vurderingspunktene er i dokumentet gjengitt i kort sammendragsform etter å ha lest retningslinjen nøye på detaljnivå først.

På bakgrunn av mengden vurderingspunkter, vil det i dette kapitlet ikke gjøres rede for hvert enkelt av vurderingspunktene, men heller rette fokus mot hvilke skårer som er gitt retningslinjene på domenenivå. Domenene gjenspeiler da følgelig de underordnede vurderingspunktene samlede resultater. Som beskrevet i metodekapitlet ble dokumentanalysene gjennomført på nøyaktig samme vis ut fra vurderingene gitt i brukermanualen til AGREE. Det ga følgende resultater:

**Tabell 4: Resultater fra AGREE-analysene**

	<b>Domene 1: Omfang og formål. (*Scope and purpose)</b>	<b>Domene 2: Involvering av interessenter. (*Stakeholder involvement)</b>	<b>Domene 3: Nøyaktighet og konsistens i utviklingen. (*Rigour of development)</b>	<b>Domene 4: Tydelighet i presentasjonen. (*Clarity of presentation)</b>	<b>Domene 5: Anvendbarhet. (*Applicability)</b>	<b>Domene 6: Redaksjonell uavhengighet. (*Editorial independence)</b>
Sveriges « <i>Kliniska riktlinjer för lögpediska insatser vid stamning och stamningsproblematik</i> ».	20	15	41	16	11	4
Nederlands « <i>Clinical Guideline. Stuttering in Children, Adolescents and Adults</i> ».	21	21	51	21	26	9
Tysklands « <i>Clinical Practice Guideline. The Pathogenesis, Assessment and Treatment of Speech Fluency Disorders</i> ».	11	9	32	15	14	7
Maltas « <i>Fluency Disorders Policy</i> », « <i>Fluency Disorders Pre-School Children Standard Operating Procedure</i> » og « <i>Fluency Disorders Pre-School Children Care Pathway</i> ».	20	9	10	10	10	2
Minimum mulig skåre	3	3	8	3	4	2
Maksimum mulig skåre	21	21	56	21	28	14

\*Engelsk originaltittel på domenene i tabellen ovenfor er tatt med for enkelt å skulle finne frem ved leting i analysedokumentene vedlagt til oppgaven.

Under følger en utregning av domeneskårenes prosentskåre ved hver av de 6 domenene sett opp mot maksimumskårene som nevnt i Tabell 4. Utregningen er gjort gjennom følgende modell:

**Oppnådd skåre – minimum mulig skåre** \_\_\_\_\_ **x 100**

**Maksimum mulig skåre – minimum mulig skåre**

(AGREE Next Steps Consortium 2013, s. 9)

**Tabell 5: Utregning av domeneskårenes prosentmessige oppslutning**

	<b>Sveriges retningslinje</b>	<b>Nederlands retningslinje</b>	<b>Tysklands retningslinje</b>	<b>Maltas retningslinje</b>
<b>Domene 1</b>	94%	100%	44%	94%
<b>Domene 2</b>	66%	100%	33%	33%
<b>Domene 3</b>	69%	90%	50%	4%
<b>Domene 4</b>	72%	100%	67%	39%
<b>Domene 5</b>	29%	92%	42%	25%
<b>Domene 6</b>	17%	58%	42%	0%

#### **4.32 Betydning av vurderingspunkter som inngår i domenene**

Høye skårer under *Omfang og formål* viser til at retningslinjen har vært tydelig på å formidle hva som er meningen bak retningslinjen, hvordan det er ønskelig å bruke den, samt at det vises struktur- og oversiktsmessig ryddighet. Det bør også komme frem hvilke komorbiditeter som finnes i sammenheng med klinisk tilstand (herunder stamming), hvem den skal brukes ovenfor – både hva gjelder klientpopulasjon og aldersgruppe, samt hvem som skal anvende retningslinjen (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

Høye skårer under *Involvering av interessenter* viser at retningslinjen har beskrevet inkludering av individer fra relevante, profesjonelle grupper i sammensetningen av forfattergruppen, at det er tatt høyde for målgruppens (personer med stamming) preferanser, hvem som skal bruke retningslinjen (klinikere etc.), samt hvordan målbrukerne skal bruke retningslinjen (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

Høye skårer under *Nøyaktighet og konsistens i utviklingen* viser at retningslinjen har beskrevet benyttede systematiske metoder for å søke etter evidens, at det er beskrevet kriterier for utvelgelse av evidens på en tydelig måte, formidling av styrker og begrensninger i evidensen på en god måte, metodene for formuleringene av anbefalingene er beskrevet, fordeler, bivirkninger og risiko ved de gitte anbefalingene er blitt kartlagt, at det finnes en eksplisitt kobling mellom anbefalingene og

evidensgrunnlaget, samt at det vises til hvordan retningslinjen har blitt eksternvurdert av eksperter før publisering og at prosedyre for oppdatering av retningslinjen er lagt frem (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

Høye resultatskårer under *Tydelighet i presentasjonen* viser til at retningslinjens anbefalinger er spesifikke og entydige, at ulike alternativer til behandling er nevnt og at hovedanbefalingene er lette å identifisere (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

Høye skårer under *Anvendbarhet* viser til at retningslinjen beskriver tilrettelegginger og barrierer i praksisfeltet på en god måte, at den viser til råd og verktøy for hvordan anbefalingene kan gjennomføres i praksis og gir utgreiing rundt ressursimplikasjoner og kostnader. Den presenterer kriterier om beskrivelser rundt effekt av behandling, progresjonsforventninger i tilknytning til behandlingene, hvordan kartlegge fremgang under behandlingsperioden og ikke minst hvorvidt det er foregått pilottesting av retningslinjen før offisiell publisering (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

Høye skårer under *Redaksjonell uavhengighet* viser til redegjørelse av finansieringskilders påvirkning på retningslinjeutformingen, samt hvordan avklaring rundt konkurrerende interesser i forfattergruppen og finansieringskildene er blitt gjennomført (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

## **4.4 AGREE-analysenes resultater – retningslinje for retningslinje**

Under fremvises de nasjonale retningslinjenes resultater gjennom AGREE-analysen. Funnene gjenspeiler det som i analysevedleggene omtales som «Overall Assessment» (her oversatt til «Sammendrag for AGREE-analysens funn».) AGREE har også lagt opp til at en skal vurdere hvorvidt retningslinjen er å anbefale gjennom «Yes», «Yes, with modifications» eller «No» (nedenfor gitt gjennom «Ja», «Ja, med modifikasjoner» og «Nei»), samt gi en overordnet kvalitetsskåre for hele retningslinjen gitt via en skåreskala fra 1 til 7 (AGREE Next Steps Consortium, 2013). Dette vil også fremgå i avsnittene for hver og en av retningslinjene.

### **4.4.1 Sveriges retningslinje: «Kliniska riktlinjer för lögopediska insatser vid stamning och stamningsproblematik»**

Sveriges retningslinje skårer generelt høyt gjennomgående i alle domenene.

*Overordnet kvalitetsskåre for hele retningslinjen: 5/7.*

*Anbefaling av retningslinjen: Ja.* Dette er en helhetsvurdering som gis på bakgrunn av at svært mange av domenene har oppnådd høye skårer. Sammendraget under gir informasjon om overordnede styrker og svakheter i retningslinjens innhold sett opp mot AGREEs kriterier for vurdering.

### ***Sammendrag for AGREE-analysens funn***

Hensikten med retningslinjen og hvem målgruppen er kommer godt frem. Anbefalingene er i det store og det hele kortfattet og tydelig, og retningslinjedokumentet fremstår lett å kunne bla opp i for å vurdere de overordnede forskjellene i behandlingalternativene. Det fremgår at det er utarbeidet av profesjonelle fagpersoner med lang klinisk fartstid i yrket. Retningslinjen har detaljerte metodologiske beskrivelser for hvordan man har kommet frem til evidensen som benyttes som grunnlag for anbefalingene, og viser til både sjekkpunkter og formell evidensmodell. Ved beskrivelser av behandlingene trekkes det ut konkrete behandlingsprogrammer til barnehagebarn, og det beskrives ofte anbefalt hyppighet og målsettinger for anbefalingene, mens den praktiske fremgangsmåten er vagt beskrevet. Barrierer ved behandlingene beskrives ikke, men tilrettelegging gjennom dialog med foreldre og barn i samspill med kartleggingsresultater fremlegges som viktige hensyn å ta. Beskrivelser om redaksjonell uavhengighet og finansiell støtte er vagt beskrevet. Prosedyrer for oppdateringer av retningslinjene er beskrevet. Hvorvidt retningslinjen er blitt justert på før offentlig publisering synes vanskelig å besvare da pilottesting ikke beskrives å være gjennomført.

#### **4.4.2 Nederlands retningslinje: «Clinical Guideline. Stuttering in Children, Adolescents and Adults»**

Nederlands retningslinje skårer svært høyt gjennomgående, og alle domenene har i alt fått gitt veldig høytskårende resultater.

*Overordnet kvalitetsskåre for retningslinjen: 6/7.*

*Anbefaling av retningslinjen: Ja.* Dette er en helhetsvurdering som gis på bakgrunn av at svært mange av domenene har oppnådd høye skårer. Sammendraget under gir informasjon om overordnede styrker og svakheter i retningslinjens innhold sett opp mot AGREEs kriterier for vurdering.

### ***Sammendrag for AGREE-analysens funn***

Svært mange av domene og de underliggende vurderingspunktene oppnår toppskårer. Dette vitner om et grundig utført arbeid sett opp mot AGREE-kriteriene, og det har vært god planlegging av utviklingsprosessen for å oppnå kvalitetsfylte anbefalinger som skal nå ut til klinikere for praktisk bruk. Retningslinjen er ryddig og konsist formulert uten at det er vesentlige mangler i teksten. Klientenes perspektiv er tatt høyde for gjennom å ha gjennomført fokusgruppeintervjuer. Det beskrives konkrete behandlingsprogrammer i anbefalingene, og disse begrunnes i evidens. Metodisk fremstår det evidensmessige grunnlaget for anbefalingene troverdig og stødig gjennomført, og det legges frem statistisk grunnlag og benyttning av formell evidensmodell. Utvelgelsen av evidensen, samt hvilke instanser og personer som har vært med å bidra i de ulike leddene av prosessen er eksplisitt nevnt, og leser av retningslinjen vil raskt kunne finne frem til alle deler av utviklingsprosessen, samt bakgrunnen for de anbefalingene som gir svært lett. Hvorvidt retningslinjen er blitt justert på før offentlig publisering synes vanskelig å besvare da pilottesting ikke beskrives å være gjennomført.

#### **4.4.3 Tysklands retningslinje: “*Clinical Practice Guideline. The Pathogenesis, Assessment and Treatment of Speech Fluency Disorders*”.**

Tysklands retningslinje får middels høye skårer i analysevurderingen.

*Overordnet kvalitets-skåre for retningslinjen: 4/7.*

*Anbefaling av retningslinjen: Ja, med modifikasjoner.* Dette er en helhetsvurdering som gis på bakgrunn av at retningslinjen sammenlagt for domene oppnår en skåre som viser til litt over halvparten av maksimum mulige skåre. Det viser at flere aspekter som AGREE-verktøyet vurderer, gjenspeiles i retningslinjens innhold, samtidig som at retningslinjen på flere områder ikke når helt opp til kriteriene som gir høy skåre.

### ***Sammendrag for AGREE-analysens funn***

Klientenes perspektiv, finansiering og hvordan klinikere kan forholde seg praktisk til de anbefalingene som gis gjennom retningslinjene fremstår i stor grad utydelig. Henvisninger til inkluderte parter i forfattergruppen er beskrevet. Det evidensmessige grunnlaget er i moderat grad gitt rede for gjennom henvisning til effektstørrelse. Det er fremlagt søkestrenger benyttet til de ulike databasene. Det nevnes at retningslinjen er både evidensbasert og konsensusbasert, men det beskrives i liten grad hvordan det konsensusbaserte arbeidet er gjennomført og hvilke anbefalinger

som stammer fra det konsensusbaserte. Det evidensbaserte fremgår som den største vektleggingen, og anbefalingsutfallene fra det evidensbaserte og det konsensusbaserte arbeidet fremstår ikke alltid like klart. Retningslinjen bærer preg av at det er lite kontekst og beskrivelser rundt anbefalingene. Anbefalingene omhandler behandlingsprogrammer hvor det med lite utdypende gis informasjon om hvilke behandlingselementer som bør benyttes/ikke benyttes. Hvorvidt retningslinjen er blitt justert på før offentlig publisering synes vanskelig å besvare da pilottesting ikke beskrives å være gjennomført.

#### **4.4.4 Maltas retningslinjer: “*Fluency Disorders Policy*”, “*Fluency Disorders Pre-School Children Standard Operating Procedure*” og “*Fluency Disorders Pre-School Children Care Pathway*”.**

Maltas retningslinje har relativt varierende resultater ved de ulike domeneene.

*Overordnet kvalitets-skåre for retningslinjen: 3/7.*

*Anbefaling av retningslinjen: Nei.* Dette er en helhetsvurdering som gis på bakgrunn av at retningslinjen ved sammenlegging av domeneskårene viser til et resultat som ligger godt under halvparten av maksimum mulig skåre. Dette viser til at retningslinjen har relativt store mangler innen kriteriene AGREE legger til grunn vurdering.

#### ***Sammendrag for AGREE-analysens funn***

Retningslinjen inneholder få praktiske innføringer, men beskriver praktiske gjennomføringsselementer i enkelte tilfeller. Metodedel med evidensgrunnlag følger ikke i retningslinjen, men hyppige kildehenvisninger og referanseliste er fremlagt. Klientpopulasjonens stemmer ikke er en del av utviklingsprosessen, og det fremgår også utfordrende å forstå hvorvidt dokumentet tjener en prosedyrisk eller veiledende implikering av anbefalingene til klinikerne. Anbefalingene til barnehagebarn er lagt frem gjennom generelle tilnærminger til behandlingsutøvelse, og tar ikke sikte på konkrete behandlingsprogrammer. Finansiering og hvilke personer som har vært involvert i utviklingsprosessen fremstår uklart. Hvorvidt retningslinjen er blitt justert på før offentlig publisering synes vanskelig å besvare da pilottesting ikke beskrives å være gjennomført.

## 5.0 DISKUSJON

### 5.1 Retningslinjenes domeneresultater sett i sammenheng med hverandre

I dette kapittelet vil funnene fra analysen drøftes i lys av teorien rundt evidensbasert praksis som kommer frem i det andre kapittelet i oppgaven, og hvilke implikasjoner dette kan gi for logopeder.

Forskningsspørsmålet lyder som følger:

*«Hvilken betydning har kvalitetsfunnene i lys av evidensbasert praksis og implikasjoner for logopeder?»*

Drøftingene av funnene vil deles inn i AGREEs seks domener, som tidligere er beskrevet. Analysefunnene som drøftes innunder hvert av domenene er valgt på bakgrunn av hvorvidt retningslinjenes mottatte skårer enten spriker, eller i stor grad ligner hverandre.

### 5.2 Omfang og formål

#### 5.2.1 Mindre variert praksis, mer likeverd og avgjørelsesstøtte

Malta og Nederlands retningslinjer viser til at deres retningslinjer har som formål å bidra til mindre uønsket variasjon (Pertijs et. al., 2014) og mer homogenitet i behandlingsutøvelsen (Fluency Specialised Division, 2019). Dette er målsettinger som gjenspeiler argumentet Pertijs la frem for bruken av evidensbaserte retningslinjer (Pertijs, 2014).

Sveriges retningslinje legger frem et mål som peker mot at den skal kunne bidra til likeverdig behandling (Grundström et. al., 2015). Den tyske retningslinjen omtaler på sin side at formålet er at den skal virke som en hjelp for identifisering, diagnostisering og behandling (Neumann et al., 2017).

Fra oppgavens innledning huskes Wright og Olsens kronikk-utsagn om hvordan norske kommuner i dag står fritt til å velge hvordan og hvilken behandling som skal gis til sine klienter, og at det også finnes mulighet for at logopedisk hjelp kan falle innunder flere ulike lovverk som videre kan gi følger i ulik behandlingsutøving (Wright og Olsen, 2017). Dette sett opp mot fellestrekkene som vises i de tre førstnevnte landenes retningslinjer kan være interessant. Dersom en tar tak i utsagnet om «mindre uønsket variasjon» kan en stille spørsmålet; hva er uønsket variasjon? Hvis en finner



en definisjon på hva uønsket variasjon er – må en ikke da også kunne definere hva ønsket variasjon er? Kan redusert grad av variasjon og økt homogenitet forstås som et likhetstegn til større grad av likhet i behandlingen? Videre vil en kunne diskutere om den svenske retningslinjens målsetting om at retningslinjen skal være et bidrag til utøvelse av likeverdig behandling, kunne være fellesnevner eller stå i kontrast til et likhetsbegrep. Sett opp mot et utdanningsperspektiv hvor det snakkes om likeverdig opplæring, vil likeverdsbegrepet kunne defineres ut fra følgende «*Likeverdig opplæring er en opplæring som tar hensyn til at alle elever er ulike. Derfor må opplæringen alltid ha stort rom for tilpasning. Arbeidet med å gi elever likeverdig opplæring må ta utgangspunkt i blant annet evner, forutsetninger, bakgrunn og interesser hos den enkelte.*» (Utdanningsdirektoratet, 2017).

Når vi vet at logopedisk hjelp i Norge kan gå innunder flere lovverk – deriblant Opplæringsloven om *Rett til spesialundervisning* (Opplæringsloven, 2005, §5-1) – er det ikke irrelevant å se på hvordan utdanningsperspektivet ser på likeverdig (opp)læring, og her altså av en forståelse om at likeverd vektlegger tilpassing fremfor likhet.

Alle retningslinjene har altså vist formålsbeskrivelser, noe som vil kunne gi en pekepinn for hvordan brukeren kan benytte dokumentet ved sin behandlingsutøvelse.

## **5.3 Involvering av interessenter**

I AGREE-kravene til oppnåelse av høy vurdering på dette området nevnes blant annet at retningslinjen spesifikt bør kunne gi en beskrivelse av hvem målbrukerne er, og hvordan disse kan bruke retningslinjen (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

### **5.3.1 Klientenes stemme i behandlingsprosessen**

Det å gi plass til at klientgruppen skal få bidra til retningslinjens innhold gjennom å få ytre sine synspunkter og preferanser, er et av vurderingspunktene (AGREE Next Steps Consortium, 2013). Fra tidligere er det blitt funnet at hva som er til det beste for klientene og hva deres faktiske behov er i mange tilfeller har blitt fastsatt av de som har skrevet retningslinjen, mens klientene selv ikke er gitt plass til å gi innspill til behandlingsprosessen (Lim et. al., 2008).

For å sikre at klientenes stemmer blir hørt, har Nederlands retningslinje beskrevet at det er tatt høyde for at klientgruppen får ytre seg i sammenheng med anbefalingene som gis. Det ble også dannet egne fokusgrupper som skulle fange opp klientenes opplevelser (Pertijs et. al., 2014). Det kan tenkes å bidra til at klienter og pårørende opplever tillit til retningslinjedokumentet når deres stemme er hørt gjennom utformingsprosessen. Guitar (2019) snakket om viktigheten av at barnet

får medvirke i avgjørelser rundt behandlingen. Slik sett vil tillit til retningslinjen kunne tenkes å styrke barnet og dets signifikant andre i å oppleve seg selv som kyndige til å kunne medvirke i avgjørelser rundt behandling, samt opplevelsen av å ikke bare bli snakket til og om, men i stedet inkludert som en samarbeidspartner.

Ved behandling av barnehagebarn er det mange faktorer som spiller inn i form av naturlig bedring, samt at hjernen er plastisk og mye er i endring både individuelt og i miljøet rundt (Bloodstein og Ratner, 2008; Hiscock og Kinsbourne 1977 og 1978 referert i Guitar, 2019). Som tidligere nevnt er det ikke gitt alder på klientene som har bidratt i den nederlandske retningslinjen (Pertijs et. al., 2014). I denne oppgaven er barnehagebarna i fokus, og det vil følgelig kunne være ulike behov hos ulike aldersgrupper. Et utvalg av klienter som får ytre seg i forbindelse med retningslinjeutformingen kan høres vel og bra ut, men vil dette kunne gi plass til bredden av klientenes behov? Dersom vi ser mot Utdanningsdirektoratets (2017) definisjon av likeverdsbegrepet, vil det også rettes mot en betydning av differensiering ut fra behov. Å inkludere klientenes stemme vil også kunne tenkes å fordre at det settes utvalgsriterier som kan bidra til at dette faktisk blir representativt for gruppen. Det vil på den annen side kunne risikeres å bidra til større grad av likhet i behandling i likeverd i behandlingen. Her kommer skjønnsaspektet inn, noe jeg vil trekke frem senere.

Der er funnet å være relativt store variasjoner innen hvordan barnehagebarn opplever sin stamming, og videre er det vist til at psykososiale utfordringer og negative holdninger til egen tale og kommunikasjon kan øke med alderen (Guttormsen et. al., 2015). Dette kan også spille en viktig rolle innen hvordan å tilnærme seg klienten, og hvilke faktorer som vektlegges i behandlingen. Det vil derfor kunne være relevant for brukeren av en retningslinje å vite om barn som stammer, eller foreldre av barn som stammer sin stemme er hørt i utviklingen av retningslinjen.

Selv om ingen av de andre retningslinjene beskriver at klientperspektivet er blitt tatt høyde for, er alle tydelige på at det er viktig å tilpasse for den enkelte. Tilpassing ut fra et evidensbasert praksisperspektiv krever ikke bare tilrettelegging ut fra klientens utgangspunkt, men også å kunne sette den forskningsmessige kunnskapen klinikerer har om stamming i sammenheng med dette (Sacket, 1996).

### **5.3.2 Ansvarsområder og dets betydning for forebygging av utøvelsesulikheter**

I tillegg til at klientenes stemme er tatt høyde for i det kliniske dokumentet, legges også frem i den nederlandske retningslinjen at det er laget en egen versjon til klientene (Pertijs et. al., 2014). At klientgruppen er inkludert på denne måten kan muligens bidra til å gi en sterkere tilknytning til behandlingsutøvelsen. Det å kunne få innsikt i hva en kan forvente av logopedens praksis på denne

måten kan trolig være styrkende for økt grad av medvirkning fra klientens side, og bidra til økt kontroll over at den behandlingen en får ikke står i kontrast til faglige prinsipper logopedene skal/bør forholde seg til. For barnehagebarn er foreldrene i stor grad involverte i behandlingen, og det kan tenkes at en retningslinje utformet for å informere barnets signifikante andre vil kunne bidra til at en trygges i sin rolle som viktig brikke i behandlingsprosessen. Spesielt viser den maltesiske retningslinjen en tydelig ansvarsinndeling og hva som forventes av de ulike partene rundt barnet (Fluency Specialised Division, 2019), noe som også vil kunne tenkes å bidra til økt grad av medvirkning og trygghet innen både hvem som skal kontaktes og hvem som har ansvaret for hvilke deler i behandlingsprosessen.

At klienter som stammer er hørt og inkludert i retningslinjeutformingen, og at det sørges for at informasjonen av relevans for klientene tilpasses gjennom en klientversjon med sine signifikante andre vil også kunne tenkes å motvirke det Wright og Olsen (2017) beskriver i sin kronikk om muligheter for store behandlingsmessige forskjeller. Videre kan det gi trygghet i at uansett hvor i landet en befinner seg, vil de samme ansvarsforventningene og rutinene være gjeldene i behandlingsutøvelsen, som også kan tenkes å virke noe formende for kommunens valgfrihet innen hvordan å utøve den logopediske hjelpen.

## **5.4 Nøyaktighet og konsistens i utviklingen**

### **5.4.1 Oppdateringsprosedyrers betydning for evidensformidling**

AGREE-vurderingene viser til krav om beskrivelser rundt oppdateringsprosedyrer. Det forventes også at det beskrives hvilke krav som stilles for revidering og revideringshyppighet (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

Ved Nederlands og Sveriges retningslinjer nevnes det blant målsettingene at ønsket med evidensbaserte retningslinjer er å samle den mest oppdaterte fagkunnskapen (Pertijs et. al., 2014; Grundström et. al., 2015).

Det er et funn at ikke alle retningslinjene møter AGREE-kravene om oppdatering. Nederland, Sverige og Maltas retningslinjer omtaler behovet for dokumentrevisjon, mens Tysklands retningslinje ikke beskriver oppdateringsprosedyrer. Det varierer hvor detaljerte beskrivelser som foreligger rundt revisjonskriterier. Kun Nederlands og Sveriges retningslinje viser til konkrete tidspunkt for oppdatering (Pertijs et. al., 2014; Grundström et. al., 2015), men gjennom en relevant kollegakontakt ble gitt informasjon som synliggjorde at den svenske retningslinjen ikke har fulgt opp sine oppdateringsprosedyrer (Anonym, personlig kommunikasjon, 21.01.21). Ved ikke-hyppige revisjoner, kan det ikke bastant tilsies å være grunnlagt i den mest oppdaterte kunnskapen

på stammebehandling for barnehagebarn. Det vil kunne stilles spørsmål ved om hvorvidt retningslinjer som ikke oppdateres med relativt tette og jevne mellomrom risikeres at vesentlige funn fra nyere studier ikke blir tatt høyde for, og videre gjort bevisst for klinikerne som er brukere av retningslinjene. Dette kan være av relevant informasjon for å forstå hvorvidt en retningslinje oppleves som et nyttig verktøy.

I denne oppgaven ble retningslinjeversjoner på engelsk og svensk benyttet, og som vi ser av Tabell 3 vises det her til at blant de fire landende retningslinjene er innhentet fra, er en tysk versjon fra 2016 å forstå som den eldste (Anonym, personlig kommunikasjon, 22.02.21). Den nyest oppdaterte er en nederlandsk versjon utviklet i 2020 (NVLF, personlig kommunikasjon, 22.01.21). I årene etter Nyes (et. al., 2013) metaanalyse og Baxters (et. al., 2016) systematiske kunnskapsoversikt, er det er gjort mye forskning på stammebehandling til barnehagebarn (eksempler på større RCT-studier fra de to siste årene kan nevnes ved Trajkovski et. al., 2019, Donaghy et. al., 2020, Druker et. al., 2020).

Oppdatert forskning som grunnlag for retningslinjen er nødvendig for å kunne utøve evidensbasert praksis (EBP), og gjenspeiler det Nippold (2018) viser til som et av punktene i EBP - at kliniker må ha kunnskap om den mest oppdaterte forskningen. Å holde seg oppdatert på den rasktvoksende forskningen vil også kunne fordre en viss ressursbruk. Dette vil plukkes nærmere opp senere.

#### **5.4.2 Felles forståelse av evidenskvalitet**

I en av AGREE-vurderingene nevnes bruken av en formell prosess til å utforme anbefalingene (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

Det kan tenkes å virke styrkende å benytte en formell evalueringsmodell for å sikre at forskning av høy kvalitets blir utgangspunktet for anbefalingene som gis. Sveriges og Nederlands retningslinjer har vist til en slik modell (Grundström et. al., 2015; Pertijs et al., 2014). Å vise til å ha brukt en formell evidensinnsamlingsmodell kan virke styrkende i transparensten innen hvordan evidensinnsamlingen har foregått, samt at det gir et ærlig innblikk i kvaliteten på evidensgrunnlaget som inkluderes i retningslinjen. Etter som Sverige og Nederlands retningslinjer viser til at de benytter samme modell, kan også dette være et mulig utgangspunkt for å skape en felles forståelse av forskningsgrunnlaget. Dette kan også tenkes å bidra til økt grad av felles evidensinnsamlingsprosedyrer på tvers av landegrensene, som videre gir mulighet til å samhandle, diskutere og lære av hverandre av hverandres retningslinjearbeid. Likevel vil det, i sammenheng med Murads (et. al., 2016) omtale av GRADE-modellen, kunne være vesentlig å ta høyde for at også systematiske kunnskapsoversikter kan risikere å inkludere studier med høy grad av bias

dersom det ikke foreligger strenge krav til litteratursøk. Det vil altså tenkes å være flere aspekter rundt bruken av evidensevalueringsmodeller som bør utforskes for å sørge for inkludering av den mest valide forskningen.

For at en retningslinje skal møte målet om å kunne støtte klinikere til å kunne ta de mest adekvate behandlingsavgjørelsene for den enkelte klient, er det altså å forstå ut fra AGREE-verktøyet, vesentlig at retningslinjens evidensgrunnlag er av høy kvalitet (AGREE Next Step Consortium, 2013). Lim (et., al., 2008) tydeliggjør at det finnes en risiko for at en retningslinje som ikke har vært nøye med å benytte den mest kvalitetsfylte forskningen og vært lite kritiske til evidensbakgrunnen for sine anbefalinger, ikke vil kunne bidra til progresjon, eller i verste fall være til skade for klienten.

Alle retningslinjene, foruten den maltesiske, har vist til søkestråder. Å gjengi søkeordene som er benyttet for evidensinnsamling gjør replikasjonsmulighetene større, i henhold til AGREEs vurderingskrav (AGREE Next Steps Consortium, 2013). Søkeordene som er benyttet viser også til at det er benyttet internasjonal forskning som utgangspunkt. Kun den nederlandske retningslinjen viste til en egen søkestråd for barn under 6 år. Dette kan bidra til at leser raskt kan finne tilbake til de aller mest relevante forskningsartiklene for den aldersgruppen man ønsker mer kunnskap om.

## **5.5 Tydelighet i presentasjonen**

AGREE-vurderingene omtaler blant annet hvordan behandlingsalternativer og anbefalingene er fremlagt i retningslinjen (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

### **5.5.1 Mindre uønsket variasjon i behandlingen**

Som vi har sett har det foreligget et formål ved flere av retningslinjene som viser til ønske om redusert variasjon og økt homogenitet i behandlingsutøvelsen. Men hva menes egentlig med dette?

Ingen av retningslinjene beskriver dette i ytterligere grad, men Baxter (et. al., 2016) konkluderte i sin systematiske kunnskapsgjennomgang at det blant de den gang foreliggende studiene generelt syntes å være stor grad forskjellige karakteristikkene (homogenitet) blant deltakerne. En vil kunne tenke at mer forskjellighet i deltakerkarakteristikkene (heterogenitet) i studiene er fordelaktig med tanke på at behandlingsalternativene bør kunne gjenspeile et mangfold av klienttyper, samt anerkjennelse av at stamming ikke er en ensartet vanske - men som også kan forekomme i sameksistens med andre tilstander. Det er mulig å tenke at dette speiler at ulike individer kan ha ulike behov for å kunne oppleve reduksjon i stammingen. På den andre siden er det et poeng fra Baxter og kolleger at heterogenitet blant deltakerne også har gjort det utfordrende å finne ut av

hvilke behandlinger som fungerer mest effektivt for hvem (Baxter et. al., 2016). Også Nye (et. al, 2013) nevner kort noe om dette i sin metaanalyse.

Det å oppleve at en bygger sin logopediske utøvelse på et felles kunnskapsgrunnlag og forståelse av stamming og behandling, vil kunne tenkes å gi trygg faglig forankring og bidra til å skape fruktbare faglige diskusjoner. Det er mulig at det å ha store variasjoner innen behandling av klienter i relativt samme kliniske kontekst også vil kunne bidra til faglig usikkerhet blant logopedene innen hvilken fremgangsmåte som er mest hensiktsmessig. Videre vil en også kunne spørre seg om dette kan medføre en usikkerhet hos klientene og deres signifikante andre innen hvorvidt de egentlig mottar den beste behandlingen som finnes for den enkelte. Det å vite at stamming kan fremtre forskjellig og at ulike barn kan ha ulike behov (Shapiro, 2011; Alm, 2004) fjerner ikke det faktum at det er noen tydelige fellestrekk ved hvordan stamming fungerer (Direktoratet for e-helse, 2018). Det å støtte seg på høykvalitetsforskning gjennom en retningslinje som samler behandlingsformer basert på dette vil kunne virke tryggende – dersom de gruppene og fagpersonene retningslinjene er utformet for, opplever at den er utformet på en måte som møter deres informasjons- og kunnskapsbehov ved et utvalg av behandlingssammenhenger. Dette vil jeg komme tilbake til.

### **5. 5.2 Homogenitet i behandlingen med heterogent forskningsgrunnlag – hvordan tilpasse?**

Ved mål om økt grad av homogenitet i behandlingsutøvelsen, hvordan bør anbefalingene legges frem i retningslinjene for at dette skal kunne bli et reelt utfall?

Som tidligere nevnt viser de maltesiske og nederlandske retningslinjene at de har et felles formål om redusert variasjon i behandlingen, men likevel har de ulike fremstillinger av anbefalingene i retningslinjen (Fluency Specialised Division, 2019; Pertijs et. al., 2014). De er også forskjellige når det kommer til detaljfremstilling rundt anbefalingene, ressurser benyttet for utvikling av retningslinjen og evidensfremstilling. Der Nederlands retningslinje viser til konkrete evidensbaserte behandlingsprogrammer, viser den andre til mer generelle anbefalinger som ikke knytter seg spesifikt til programmer. Maltas retningslinje møter gjennomgående alle AGREE-domenenes krav mindre godt, mens Nederlands retningslinje møter kravene svært godt.

Det kan slik sett virke som at retningslinjer med konkrete og detaljerte anbefalinger oppnår høyere kvalitetsskåre gjennom AGREE-vurderingene. Men ved konkrete og detaljerte anbefalinger – gis det da rom for behandling av de barna som ikke responderer som forventet? Nå vet vi at studiene inkludert i Nyes (et. al., 2013) og Baxters (et. al., 2016) analyser har blitt kritisert for å ha deltakere med ganske forskjellige karakteristikk innad i studiene, noe som også samsvarer godt med Murads (et. al., 2016) omtale av at høy grad av heterogenitet blant deltakerne er relativt

gjennomgående bias ved blant annet metaanalyser. Når vi vet dette, samtidig som målet med flere av retningslinjene er mindre variasjon i behandlingsutøvelsen, vil dette kunne tolkes som noe motstridende. Det kan fremstå utfordrende å skulle utøve behandling når det er usikkerhet i forskningen om hvem de ulike behandlingsprogrammene egentlig virker for. Dette vil også kunne tenkes å bidra til at spørsmålet om hvordan imøtekomme barn som ikke responderer på behandlingen også kan bli utfordrende å ta stilling til – noe som muligens kan gi ringvirkninger for logopeders tillit til retningslinjen som et nyttig verktøy. Dersom klinikerne selv ikke opplever at retningslinjen retter seg mot de klientene de møter i sin praksis, vil det kunne bidra til mindre nyttiggjøring av den.

Variasjoner gjelder ikke nødvendigvis bare ved *hvilke* behandlingstilnærminger en velger å utøve, men kan også handle om *hvordan* behandlingsprogrammer utøves. Det finnes eksempler på dette som kan peke i retning av at programmet enten har for restriktive eller løse rammer for utøvelsen. Det er blant annet forekommet kritikk av enkelte behandlingsprogrammer – både programmer med direkte og indirekte tilnærminger, når det kommer til tilpasningsmuligheter til enkeltindividet. Onslow (et. al., 2003) kritiserte blant annet Lidcombe-programmet for å ikke nødvendigvis passe for alle typer kulturer og familier, og det indirekte stammebehandlingsprogrammet PALIN PCI har fått kritikk for at det legges for stor vekt på det individuelle, og at det gjør at det blir en løs strukturramme for hvordan det bør gjennomføres (Onslow og Millard, 2012).

Selv om Lidcombe-programmet er det mest studerte behandlingsprogrammet per i dag (Nye et. al., 2013), ble det gjennomført en studie senest i 2020 som viste til at en fortsatt ikke er helt sikker på hvilke mekanismer i behandlingen som fører til utslagsgivende effekt hos klientene (Donaghy et. al., 2020). Hvorvidt utfordringen med å konkludere kan ha noe å gjøre med for stor spennvidde hos deltakerne, i likhet med flere av Baxters (et. al., 2016) og Nyes (et. al., 2013) inkluderte studier, fremstår ikke klart.

Dersom vi ser mot hvilke behandlingstilnærminger som går igjen blant norske logopeder kan vi se til funnene til Ambjørnsen (2011) og Høier (2015) om at det arbeides mye erfaringsbasert, og store deler av stammebehandlingsfokuset for barnehagebarn rettes mot indirekte, miljømessige tiltak. I forlenging av dette fant Høier (2015) at norske logopeder i liten grad hadde tydelige avslutningskriterier og Ambjørnsen (2011) fant at målet i behandlingen i størst grad vektla redusert uhensiktsmessige reaksjoner fra miljøet rundt barnet. Det har også vært en skepsis blant mange norske logopeder til den faktiske virkningen av en direkte behandlingstilnærming til barnehagebarn som stammer (Ambjørnsen, 2011). Det er derfor mulig at en av grunnene til at det i Norge har vært en større vektlegging av indirekte tiltak i stammebehandlingen, er at større rom for miljømessige og individuelle tilrettelegginger også vil kunne tenkes å gi større rom for kulturell tilpasning.

## 5.6 Anvendbarhet

AGREE-verktøyet viser til at retningslinjene bør beskrive hvordan å sette anbefalingene ut i praksis (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

### 5.6.1 Logopeders tillit til retningslinjenes kliniske og praktiske funksjon

Lim (et. al., 2008) la frem at retningslinjer skal fungere som hjelpende innen det å ta avgjørelser for å kunne gi den behandlingen som passer i den aktuelle konteksten. AGREE-verktøyet viser til at retningslinjen bør inneholde beskrivelser av utfall gjennom pilottesting og hvilken lærdom som ble tatt med videre fra dette. Analysefunnene viste her at ingen av retningslinjene beskrev at pilottesting var gjennomført før offisiell implementering blant klinikerne.

Funnene kunne tenkes å være interessante sett i sammenheng med hvordan logopeder selv opplever at retningslinjens anbefalinger gir mulighet for praktisk gjennomføring. Tidligere ble det omtalt at en retningslinje med tydelighet i sine anbefalinger muligens kan virke bidragsytende for å skape en felles kunnskapsforståelse av stamming og behandling. På den andre siden vil innhold og anbefalinger, som ikke overførbart og gjenkjennbart sett opp mot egen faglig forståelse og/eller ferdigheter, samt opplevelser av at anbefalingene er utfordrende å gjennomføre i praksis, kunne tenkes å føre til at tilliten til retningslinjebruk minskes. Ved lav tillit til dokumentets funksjon vil retningslinjen også kunne miste sin status, og hensikten med å gi en felles retning for praktisk logopedisk utøvelse, kan i stedet gi motsatt effekt. Det vil altså kunne tenkes å være styrkende for tilliten at anbefalingene i retningslinjen står i tråd med det klinikerne har lært og lest, og at det innholdsmessige speiler de forskningsmessige beste anbefalingene. Dette vil også ses i sammenheng med at retningslinjer som ønsker å fremme evidensbasert praksis fordrer at retningslinjen baserer seg på den mest oppdaterte forskningsmessige evidensen (Nippold, 2018). Langevin og Kullys (2003, referert i Nye et. al., 2013) kritikk om lite overførbart mellom evidensbasert forskning og praksis finnes igjen i Høiers (2015) funn om at norske logopeder ønsker mer informasjon om hvordan overføre teori til praksis. Dette viser til et visst gap i formidlingen mellom foreliggende forskning og viten, og hvordan å sette dette ut i praksislivet.

Gjennom forståelsen en kan danne seg av Høier (2015) og Ambjørnsens (2011) funn om at det er usikkerhet i hva logopeder legger til grunn for behandlingsavslutning er det interessant at AGREE ønsker at retningslinjene beskriver hvordan progresjon kan måles. Dette har alle retningslinjene beskrevet, og det vises til i form av tydelige avslutningskriterier eller en fremleggelse av når progresjon bør være synlig (Pertijs et. al., 2014; Grundström et. al., 2015; Neumann et. al., 2017; Fluency Specialised Division, 2019).



Som tidligere nevnt stiller AGREE krav til beskrivelser av hvordan målbrukerne kan bruke retningslinjen, samt at det gis beskrivelser av hvordan retningslinjen kan benyttes i praksissammenheng (AGREE Next Steps Consortium, 2013). Det å utforme retningslinjer som virker håndterbare for klinikerne som skal benytte disse i sin praktiske utøvelse er vesentlig. Hvordan kan en «håndterbar retningslinje» se ut? Hva slags informasjon tenker utviklerne av retningslinjene er viktig for logopedene å vite for å kunne ta en evidensbasert avgjørelse? Alle retningslinjene har på ulike måter og med ulikt detaljnivå oppgitt formålene med dem. Da er det igjen interessant at enkelte av retningslinjene har formål som kan forstås som relativt like, men at utformingen, hva som er vektlagt rundt anbefalingene og omfattingen av disse er relativt ulike.

### **5.6.2 Hvordan gis det plass til skjønn i evidensbasert praksis?**

Forskjellen mellom det å bygge behandlingsutøvelsen på antagelser og evidens er blant annet tydeliggjort av Mark Onslow, hvor han kritiserer antagelsesbaserte behandlingsvalg for å ikke gi spesielt stor takhøyde for diskusjon, og det å være kritisk til egen logopedisk utøvelse. Dette begrunnes i at et slikt bakteppe for behandling ikke har noe å bygge sine påstander på (Onslow, 2003).

Skrefsruds (2010 referert i Høier, 2015, s. 56) uttalelse «*Hvis evidensbasert praksis skal være uavhengig av profesjonsutøverens erfaringer og skjønn, må profesjonelle vurderinger baseres på kontekstfrie forskningsresultater*» kan gi et inntrykk av at skjønn og praksiserfaringer ikke er velkomment i evidensbasert praksisøymed. Biesta (2007) viste også til kritikk av evidensbasert praksis på bakgrunn av hvorvidt det handler om at en ser det som er til det beste for klienten ut fra evidens, og unnlater de skjønnbaserte refleksjonene. Ved Nippolds (2018) omtale av de tre underpunktene i evidensbasert praksis: 1) Klienten og pårørendes preferanser, 2) klinikers kunnskap og 3) den mest oppdaterte forskningen, kan det gis et inntrykk av at erfaringsgrunnlag for praksis slett ikke er unyttig i den logopediske behandlingsutøvelsen.

Dette kan vise til en noe ulik forståelse av evidensbasert praksis og hva det betyr for klientens behandlingsutfall. Vil det å arbeide evidensbasert være en motsetning til å kunne benytte tidligere erfaringer og skjønn? Kanskje er det et paradoks at en oppfatning er at evidensbasert praksis kan glemme helheten, og at det å benytte evidens utelukker det erfaringsbaserte når det er det stikk motsatte som i mange tilfeller synes å være målet med å utøve praksis på evidensbasert grunnlag? Hvis vi skal forstå evidensbasert praksis gjennom Nippolds (2018) definisjon, er det erfaringsbaserte en viktig inkludert komponent for å utøve en helhetsomfattende behandling. Det ene behøver ikke nødvendigvis å utelukke det andre, men Onslows (2003) fremleggelse av at

evidensbasert praksis kan gi kliniker mulighet til å begrunne de valgene og avgjørelsene som tas, vil kunne tenkes å være et tungtveiende argument for å utøve behandling med et slikt kunnskapsgrunnlag.

En del av innholdet i evidensbasert praksis handler om å inneha den beste tilgjengelige kunnskapen. AGREEs krav om oppdateringsprosedyrer kan også ses i sammenheng med formålet om å ha oversikt over den rasktvoksende informasjonen på (AGREE Next Steps Consortium, 2013). Ved Nippolds (2018) EBP-element om å ha den mest tilgjengelige og kvalitetsfylte forskningsevidensen for ulike alternativer til behandlingstilnærminger, vil det også følge at logopedene på en adekvat måte kan utøve skjønn gjennom forskningen.

Sett i sammenheng med tilretteleggingsmuligheter i behandlingen, som tidligere omtalt, vil økt kunnskap nødvendigvis også gi bredere innsikt og forståelse, noe som vil kunne munne ut i flere tilpasningsmuligheter. Dette stiller krav til at logopedene følger med i forsknings- og kunnskapsutviklingen i faget. Norske logopeder stilles personlig til ansvar for dette gjennom Norsk Logopedlags yrkesetiske retningslinjer (Norsk Logopedlag, u.å.).

Ambjørnsens (2011)funn om at svært mange av de norske logopedene hun undersøkte ønsket mer forskningsbasert kunnskap om stamming til barnehagebarn vil kunne ses i sammenheng med Langevin, Kullys (2003 referert i Nye et. al., 2013) og Høiers (2015) funn om klinikerens opplevelse av gap mellom kunnskap og praksis. Slik sett bør kanskje skjønnsproblematisering ved detaljerte evidensbaserte retningslinjer heller se evidens og individrettet praksis som samarbeidende i stedet for motstridende. Igjen kommer vi tilbake til forskningens utfordring i å fastslå hvilke elementer i behandlingen som skaper effekt for hvilke klienter. Dersom kunnskapskilder og praksis ikke oppleves å møte hverandre tilstrekkelig slik at klinikerne som utøver behandlingen dermed risikerer å utøve samme behandling på helt forskjellig vis, eller ikke har kunnskapsgrunnlaget til å forstå hvordan å kunne justere den evidensbasert behandlingen til det enkelte barn (slik som Ratner (2005) nevner som fordelaktig ved å benytte behandling basert på evidens), vil det kunne tenkes å være en risiko for at de barna som ikke responderer på behandlingen fortsatt ikke ivaretas godt nok.

### **5.6.3 Hvordan legger den foreliggende forskningen til rette for skjønn?**

Nye (et. al., 2013) la frem at svært få av studiene i hans metaanalyse hadde funnet hvilke elementer i stammebehandlingen som var den effektgivende årsaken til bedring hos klienter som stammer. Dette sett i sammenheng med Guttormsens (et. al., 2019) funn om at det i stor grad benyttes egenlagde kombinasjoner av behandlingsstrategier til klienten, og Høiers (2015) funn om

stor grad av erfaringsbasert kunnskap, vil følgelig kunne gi utslag i mangfoldige kombinasjoner og typer behandlingstilnæringer.

Ratner (2005) uttalte at jo sikrere vi blir på hvilke komponenter i stammebehandlingen som skaper effekt, jo lettere vil det bli for klinikerne å justere dette etter individets behov. Med en trygg forskningsgrunnet viten om hvilke komponenter som bidrar til effekt, vil det kunne spekuleres i om det kan utformes enda bedre og effektfulle tilrettelagte behandlinger ved å trekke ut komponenter tilpasset den enkelte klient. Dette vil også kunne trekkes i direkte sammenheng til den evidensbaserte praksisens prinsipper i henhold til Nippolds (2018) definisjon.

#### **5.6.4 Ressursimplikasjoner for utøvelse av anbefalinger**

AGREE-vurderingene viser til et kriterium om ressursimplikasjoner i form av kostnader. De ressursimplikasjoner denne vurderingen er mest opptatt av er de økonomiske aspektene ved behandlingen (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

Analysefunnene viste at Nederlands retningslinje er den eneste som gjennomgående har beskrevet ressursimplikasjoner i sammenheng med anbefalingene (Pertijs et. al., 2014). Retningslinjene beskriver enkelte ressursbehov i form av henvisning til relevante fagpersoner, foresatte eller materiell som trengs for å gjennomføre anbefalingene (Pertijs et. al., 2014; Grunström et. al., 2015; Neumann et. al., 2017; Fluency Specialised Division, 2019). Det kan også være av interessant informasjon dersom en behandling krever spesifikke økonomiske ressurser. Igjen kan Lidcombe-programmet vises til som et eksempel, etter som klinikere må sertifiseres for å kunne utøve behandlingen, noe som følgelig medfører både utgifter (The Lidcombe Program Trainers Consortium, u.å.) og at det finnes mulighet til å sette av tid til dette. For å igjen trekke inn klinikernes tillit til retningslinjer vil denne kunne tenkes å svekkes dersom viktige økonomiske aspekter utelates, og de opplever at de av ressursmessige årsaker ikke har mulighet til å gjennomføre de anbefalingene som retningslinjen legger frem. Videre er henvisningsgrunnlag til andre faginstanser nevnt i en viss grad ved nær sagt alle retningslinjene, noe som også vil kunne være hjelpende i behandlingsavgjørelser.

### **5.7 Redaksjonell uavhengighet**

AGREE-verktøyet viser til krav om beskrivelser av finansiell støtte og avklaring av interessekonflikter (AGREE Next Steps Consortium, 2013).

### **5.7.1 Ressurser benyttet for utvikling av retningslinjene**

Analysene viste at beskrivelser rundt forfatterne og hvilke fagpersoner og andre som har vært involvert i utformingen av retningslinjene var gjort relativt ulikt. Enkelte av retningslinjene viser tydelig til svært mange navngitte utviklere av retningslinjene, hvor det også gis beskrivelser av hvilke faglige bakgrunner de har (Pertijs et. al., 2014; Grundström et. al., 2015; Neumann et. al., 2017). De svenske og nederlandske retningslinjene viser til at de har hatt egne ekspertgrupper som har stått for litteratursøk og videre benyttet modeller for rangere forskningen de hadde funnet etter ulik grad av evidensnivåer (Pertijs et. al., 2014; Grundström et. al., 2014). De aller fleste av retningslinjene kunne vise til hvilke parter (organisasjoner, foreninger og personer) som var involvert i utformingen, men der det virkelig spriket var innen informering rundt finansiell støtte. De svenske og nederlandske retningslinjene oppga hvem de hadde fått finansiell støtte fra, men det var ulikt hvorvidt det ble beskrevet hvilken rolle disse hadde hatt i utviklingsprosessen (Pertijs et. al., 2014; Grundström et. al., 2015). Det fremstår likevel tydelig blant alle retningslinjene at ressursbruken (i form av involverte parter og finansiell støtte) har vært ulik. Nederlands retningslinje viste til klart størst ressursbruk, og dette gjenspeiles også i at det er den mest detaljerte og omfattende retningslinjen, sett i sammenligning med de andre. Forskningsfokuset er fremtredende gjennom statistikkargumentasjon for nær sagt alle anbefalingene som gis, og de har hatt ressurser til å kunne gjennomføre fokusgruppeintervjuer for å samle inn klientenes stemmer (Pertijs et. al., 2014). Sveriges retningslinje viser at deres arbeid i stor utstrekning har vært ideellt, og viser til kortere oppsummeringer av hvilke anbefalinger de gir (Grundström et. al., 2015).

Det er naturlig å tenke at der hvor store ressursinnsatser er satt inn, vil en også ha mulighet til å gå igjennom en større mengde forskning. Dette kan gi grunnlag for å gå nøyere og dypere inn i det materie som undersøkes. Selv om det synes som at retningslinjene har tatt høyde for evidens, kan en spørre seg om hvorvidt ulik ressursbruk kan føre til skjevheter innen hvilke anbefalinger som gis. Hvordan blir grunnlaget for anbefalingene i retningslinjen? Hva baseres det på? Dersom retningslinjene i større grad hadde sagt noe om hvilken rolle finansieringskilden spilte i utformingen, og videre hvorvidt den eventuelle kilden påvirket innholdet, kunne dette også være styrkende for gjennomsiktigheten av hva anbefalingene bygger på.

### **5.7.2 Avklaring rundt konkurrerende interesser**

Et vurderingspunkt i AGREE-manualen omhandler også hvorvidt det har foregått en ekstern vurdering av uavhengige fagpersoner (AGREE Next Steps Consortium, 2013). Nederlands, Sveriges og Tysklands retningslinjer har beskrevet dette utfyllende (Grundström et. al., 2015, Neumann et. al., 2017; Pertijs et. al., 2014). Dette kan virke styrkende, men det er gjennomgående

i alle disse retningslinjene at de eksterne personene i liten utstrekning har fått beskrevet sin rolle i arbeidet, og hvem de er.

De nederlandske og tyske retningslinjene har beskrevet at det er avklart eventuelle interessekonflikter blant forfatterne (Pertijs et. al., 2014; Neumann et. al., 2017) Dette sett i sammenheng med generelt lite informasjon rundt hvilke roller finansielle kilder har spilt og Ratners (2005) kritikk om at en del forskning er gjennomført av personer med tett tilknytning til behandlingstilnærmingen som er forsket på, kan i verste fall tenkes å gjøre en retningslinje mindre troverdig. Lite gjennomsiktighet i interesseavklaringer kan også gi mulighet for at innholdet i retningslinjen ikke er fremstilt gjennom uavhengig forskning.

## 6.0 OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE

### 6.1 Hva har blitt besvart i oppgaven?

I masteroppgaven er det foretatt et dypdykk inn i ulike landsdekkende, kliniske, evidensbaserte retningslinjer for stammebehandling med fokus på de anbefalinger som er rettet mot barnehagebarn. Målet med dypdykket har vært å besvare problemstillingen:

*«Hvordan er den metodologiske kvaliteten ved ulike nasjoners evidensbaserte retningslinjer for stammebehandling til barnehagebarn?»*

Videre har problemstillingen blitt delt opp i to forskningsspørsmål:

1. *«Hvordan skiller ulike lands retningslinjer seg fra hverandre innen metodologisk kvalitet?»*
2. *«Hvilken betydning har kvalitetsfunnene i lys av evidensbasert praksis og implikasjoner for logoped?»*

Videre i dette kapittelet vil funnene fra analysen sammenfattes, og det legges frem hvordan funnene har bidratt til å besvare problemstillingen i sin helhet. Gjennom å ha benyttet et verktøy som er spesifikt utviklet for å kunne undersøke kvaliteten til kliniske, evidensbaserte retningslinjer, hvor det videre ble gjennomført nøyaktig de samme analysevurderingene, ble det mulig å få innsikt i hvordan de innsamlede retningslinjene skilte seg fra- eller var like hverandre i sin metodologiske kvalitet. Retningslinjene fra Sverige, Nederland, Tyskland og Malta mottok skårer ut fra AGREE-manualens instruksjoner i forlengelse av den forståelsen jeg tilegnet meg etter nøye gjennomlesing av hvordan analyseverktøyet fungerte.

### 6.2 Bruken av AGREE 2-manualen for analyse

Vurderingspunktene i AGREE-manualen er satt opp på en slik måte at en må lese i dybden for å kunne gi de mer overordnede svarene. Brukeren av verktøyet får dermed mulighet til å få grundig innsikt ved mange sider av retningslinjens innhold - både i dybden og i overflaten. I alt vil dette, i likhet med Svenska Logopedförbundets (2016) anbefaling, kunne være et godt utgangspunkt for å dekke et bredt omfang av viktige kvalitetsprinsipper for en retningslinje.

## **6.3 Problemstillingsbesvarelse - hva viser analyseresultatene?**

AGREE-manualen viser til vurderingskriterier om målsettinger, involvering av klientenes stemme, evidensinnsamlingsprosessen, tydelighet og klarspråk, anvendelighet til praktisk bruk, redaksjonell uavhengighet og ressursbruk.

Gjennom de 23 vurderingspunktene samlet innenfor 6 domener, ble det funnet at de fire retningslinjene, som er inkludert i denne studien, hadde relativt ulike måter å legge frem innholdet på. Det gikk igjen at Nederlands retningslinje var klart mest detaljert, og det var også den retningslinjen som oppnådde nærmest toppskårer på alle domenene.

### **6.3.1 Likhet i målsettinger og forskjeller i anbefalingsfremstilling**

De aller fleste retningslinjene er tydelige på hvordan de ønsker at retningslinjen skal brukes, hvem de er ment for og beskriver hvordan evidensinnsamlingen har foregått. Det er forskjeller innen hvordan forfatterne har lagt frem anbefalingene innen hvor detaljerte de er beskrevet, og ikke minst hvor tydelig tilknytning til evidens anbefalingene har. De svenske og nederlandske retningslinjene har fulgt samme formelle evidensmodell, og det gjør det tydelig for leseren hvordan det er tenkt rundt kvalitet i den forskningen som er innsamlet (Pertijs et. al., 2014; Grundström et. al., 2015). De praktiske implikasjonene for hvordan å sette ut de gitte anbefalingene til praksis er varierende lagt frem. Ikke alle retningslinjene beskriver denne overgangen like tydelig. Det viser seg også å være varierende hvor nøye det er gitt beskrivelser rundt finansielle og eventuelt konkurrerende interesser blant de som har vært med på å utvikle retningslinjen.

Det er et gjennomgående mål i tre av fire retningslinjer at man ønsker at retningslinjen kan bidra til mindre uønsket variasjon/økt grad av homogenitet i den logopediske utøvelsen/mer likeverdig behandling. Dette er det Sveriges, Nederlands og Maltas retningslinjer som viser til, og de har valgt ganske ulike måter å legge frem sine anbefalinger til klinikerne på. Forskjellene i retningslinjene for øvrig vil også kunne ha sin bakgrunn i ganske ulik ressursbruk. Nederlands retningslinje, som på alle domenene oppnår den høyeste skåren blant retningslinjene, har også hatt klart mest omfattende ressursbruk for utformingsprosessen (Pertijs, et. al., 2014).

### **6.3.2 Å ta behandlingsavgjørelser med noe sprikende forskningsgrunnlag**

Ved å se funnene opp mot teori har det vært interessant å se at en omfattende systematisk kunnskapsoversikt fra noen år tilbake problematiserte at deltakere i studier på stammebehandling

til barnehagebarn har vist seg å ha relativt ulike karakteristikk (Baxter et. al., 2016). En senere studie gjort på et de mest studerte evidensbaserte behandlingsprogrammene til barnehagebarn i dag, Lidcombe-programmet, har vist at en fortsatt ikke ser en klar årsak til behandlingseffekten (Donaghy et. al., 2020).

I forlengelse av at forskningen bærer med seg noen usikre områder, kan det gjøres utfordrende for utviklere av en retningslinje å skulle navigere seg frem i forskning hvor det ikke med sikkerhet kan sies bastant hvem behandlingsprogrammet/tilnærmingen fungerer for og ikke. Likevel, i tråd med evidensbasert praksis vil det være en viktig del å også kunne benytte de erfaringer en har i samspill med individets behov. Det å kunne benytte skjønn er selvsagt viktig for å kunne gi en behandling som tilpasses til barnet og dets omgivelser. En behandling som ikke tilpasses, vil følgelig virke lite effektivt – selv om evidensen skulle tilsi noe annet. Å kunne lytte til alle de tre sidene av evidensbasert praksis beskrives av Nippold (2018) som å ta høyde for klienten og de signifikante andres preferanser, klinikerens kunnskap og den mest oppdaterte forskningen. Disse elementene vil kunne tenkes å favne en helhetlig behandlingsutøvelse, selv om EBP også møter kritikk fra enkelte hold om et ensidig evidensfokus (Biesta, 2007; Skrefsrud referert i Høier, 2015).

### **6.3.3 Revideringshyppighet som grunnlag for klinikerens bruk av retningslinjen**

Retningslinjene jeg har sett på har ulike utgivelsesår. I henhold til AGREE-manualen settes det krav til at retningslinjene beskriver hvilke oppdateringsprosedyrer de ønsker å følge. Dette er også med på å sikre at nyere evidens blir tatt med, og klinikere som leser dem vil samtidig også kunne holde seg oppdaterte (AGREE Next Steps Consortium, 2013). At retningslinjen har den mest oppdaterte forskningen står i tråd med evidensbasert praksis, og kan også være av betydning for at klinikerne opplever tillit til at de gitte anbefalingene er dannet på bakgrunn av den beste foreliggende evidensen. Å sørge for at retningslinjen møter det behovet klinikerne har i sin logopediske stammebehandlingspraksis vil videre kunne virke støttende for å foreta passende behandlingsavgjørelser i møte med det enkelte barn.

### **6.3.4 Inkluderte og ekskluderte momenter i retningslinjen – et resultat av ressursbruk?**

AGREE-verktøyet har tatt for seg mange sider ved retningslinjekvaliteten, og har heller ikke glemt klientens perspektiv oppi det hele. Det vises tydelig i manualen at det bør beskrives hvordan klientens stemme har fått bidra til retningslinjeutviklingen. Nederlands retningslinje er den eneste retningslinjen som beskriver dette, og gir også informasjon om at det er utviklet en egen retningslinje for klientgruppen (Pertijs et. al., 2014). Igjen er vi også her inne på ressursbruk.



Sveriges retningslinje har blant annet lagt frem at mesteparten av deres arbeid er gjennomført ideelt (Grundström et. al., 2015). I hvilken grad de ulike retningslinjene har mottatt finansiell støtte for utviklingen kan også være av stor betydning for hvordan utformingen til slutt er blitt. Selv om retningslinjene i mange fall nevner finansieringskildene, kommer det ikke tydelig frem hvilke roller disse har spilt for utviklingsprosessen. Her vil det trolig kunne ligge en årsak til de ulike fremstillingene.

## **6.4 Hva kan trekkes ut av resultatene?**

Funnene i masteroppgaven begrenser seg til de fire retningslinjenes innhold. Ved å bruke AGREE-manualen som et utgangspunkt for å måle retningslinjers kvalitet ut fra konkrete vurderingspunkter innen flere områder, har det vært mulig å utforske hvordan retningslinjene både ligner og er ulike hverandre. Ved å benytte akkurat samme vurderingsprosedyrer ved alle analysene har også sammenligningspotensialet mellom de forskjellige retningslinjenes skåringer blitt gjort større. Selv om en ved første øyekast vil kunne tenke at fire retningslinjer er et lite utvalg, har de fire retningslinjene kommet fra land som befinner seg på relativt spredte områder i Europa.

Stamming som fagfelt er ikke ulikt, men hvilke tradisjoner som finnes for å utøve behandling til barnehagebarn som stammer kan muligens være ulikt. Kulturelle og samfunnsstrukturelle forskjeller kan være en grunn til dette. Kulturtilpasningskritikken til Lidcombe-programmet kan her nevnes som eksempel (Onslow et. al., 2003). Det kan også vises ved å se på hvordan norske logopeder, gjennom undersøkelser for noen år tilbake, viste seg å arbeide lite forskningsbasert (Guttormsen et. al., 2019), mens flere av retningslinjene jeg har undersøkt veier sine anbefalinger tungt på statistikkunderbygde fremvisninger av evidensgrunnlaget (; Pertijs et. al., 2014; Grundström et. al., 2015).

## **6.5 Begrensninger ved studien**

Det er en utfordring at mange av retningslinjene som er forsøkt innhentet i denne oppgaven er utgitt på nasjonalspråkene, og få er oppdaterte på engelsk. De språklige barrierene vil potensielt kunne være et uheldig hinder for mer internasjonal kommunikasjon rundt utforminger av slike retningslinjer. Barrieren det medførte for datainnsamlingen førte også til at de innhentede retningslinjene ble en blanding av de nyeste som er laget og eldre versjoner hvor de mest oppdaterte ble ekskludert grunnet språket. Som tidligere omtalt kan det å ha analysert

retningslinjer med ulikheter innen publikasjonstidspunkt ha betydning for det forskningsmessige grunnlaget.

Ved innsamling av den tyske retningslinjen ble det informert om at retningslinjen var en forkortet versjon av den fullstendige versjonen som var fremlagt på tysk (Anonym, personlig kommunikasjon 02.02.21). Dette vil følgelig kunne ha konsekvenser for hvordan retningslinjen har møtt vurderingskriteriene i AGREE-verktøyet.

Fordi AGREE er et analyseverktøy som er rettet mot helseomfattende retningslinjer med et bredt spekter mulige tilstander, vil det følgelig kunne være utfordrende å dekke all relevant informasjon innenfor én spesifikk tematikk. Annen viktig informasjon som er av betydning ved stammebehandling til barnehagebarn, vil også kunne handle om tidlig innsats og hvordan å ta hensyn til naturlig bedring som en del av behandlingsprosessen. Selv om det ikke tolkes å kunne passe inn i AGREE-vurderingene spesifikt, er naturlig bedring noe som er relevant i sammenheng med stammebehandling til barnehagebarn, ettersom vi vet at så mange som 75% slutter å stamme av seg selv uten behandling (Bloodstein og Ratner, 2008 referert i Hoff og Sønsterud, 2019).

Som tidligere nevnt anbefaler AGREE-manualen å være minst to personer som gjennomfører analysene. Det er en vesentlig svakhet ved oppgaven at analysene er gjennomført av én person. Dette vil, som nevnt i henhold til validitets- og reliabilitetsaspektene, kunne gjenspeiles i en grad av subjektive tolkninger av retningslinjen, ut fra hvordan AGREE-verktøyets krav og vurderingsprosedyrer er forstått. Spesielt vil det kunne være en klar fordel å være flere rundt vurderingen som tar for seg hvorvidt retningslinjen er å anbefale til bruk. Hvorvidt retningslinjene kan anbefales av meg som forsker begrunnes gjennom en kombinasjon av min forståelse av AGREE som analyseverktøy og mine gitte skåringer til de enkelte domeneene. Manualen beskriver hvordan å gi retningslinjene skåringer mellom 1 og 7. Der hvor skåring 1 og 7 har tydelige beskrivelser av hvilke krav som foreligger, er det ikke like tydelig hvilke krav som stilles til skåringene 2-6. For å få en felles enighet/forståelse rundt hva disse skåringene innebærer, kunne det her vært hjelpende å ha én eller flere medevaluerere. Her vil tolkningsrommet hos meg som vurderer potensielt kunne være stort.

## **6.6 Implikasjoner for videre forskning**

### **6.6.1 AGREE som verktøy for å sørge for retningslinjekvalitet**

Svenska Logopedförbundet (SLOF) har anbefalt å følge AGREE-vurderingsprinsippene ved utvikling av kliniske retningslinjer innenfor det logopediske fagfelt nettopp for å kunne sørge for at den metodologiske kvaliteten ligger solid i bunnen, og at viktige aspekter ved retningslinjen

ikke utelates (Svenska Logopedförbundet, 2016). Det vil kunne tenkes at logopeder etter Bologna-prosessen (Sjøberg, 2021) og Kvalitetsreformens innføring (Høier, 2015) har fått et økt felles faglig grunnlag på tvers av landegrensene, og at det derfor vil være av verdi å kunne dra nytte og inspirasjon fra retningslinjearbeidet som finnes der ute. Evidensgrunnlaget fra forskning er det samme uavhengig av landegrensene. En tolkning av Ratners (2005) omtale av at det å trekke frem komponenter fra forskjellige evidensbaserte behandlingsprogrammer for å kunne tilpasse til klienten, kan peke i retning av at økt bruk av evidensbaserte behandlingstilnæringer også vil kunne gi større potensiale for tilpasninger. Kunne et internasjonalt retningslinjesamarbeid også fremme en felles standard for utvikling, som også vil kunne tenkes å bidra til et bredere spekter av behandlingsoalternativer? Dette kan muligens bidra til økt grad av likeverdig behandlingstilbud på tvers av landegrensene.

### **6.6.2 Behandlingsavgjørelser i møte med kulturelle og sosiale forskjeller**

Forskjeller i kulturelle, sosiale og ressursmessige rammer fra land til land, vil kunne tenkes å komme til uttrykk gjennom at retningslinjenes fremstilling av innholdet vektlegges ulikt. Selv om det finnes fellesnevne i hva evidensen legger frem om behandling, bør det ikke glemmes at behandling handler om mer enn evidensgrunnlaget i seg selv. På bakgrunn av de samfunnsmessige og ressursmessige ulikhetene i forskjellige land vil det være naturlig å tenke at utforming av retningslinjer ikke bør skje gjennom adopsjon fra andre, men at det enkelte land utformer retningslinjer ut fra sine rammer og forutsetninger. Med tanke på betydningen av å legge til rette for det enkelte individet, sett i sammenheng med at Lidcombe-programmet har fått kritikk for å være lite tilpassningsdyktig til andre familiekulturer (Onslow et. al., 2003), kunne det være interessant i videreføring av masteroppgavens funn å undersøke hvordan retningslinjer kan ta høyde for kultursensitivitet og hvordan å implementere dette i tilpasning til den enkelte familie.

### **6.6.3 Logopeders tillit til retningslinjer**

AGREE stiller krav til oppdateringsbeskrivelser i retningslinjene. Å forholde seg til dette vil kunne bidra til å motvirke et potensielt etterslep i forskningens innvirkning på den logopediske praksisen. Pilottesting av retningslinjene, og hvilken lærdom som er dratt ut fra dette er også nevnt i AGREEs manual, men dette omtales ikke i noen av retningslinjene.

Det kunne være nyttig å komme i kontakt med målgruppene for retningslinjene for å undersøke hvilket forhold de har til dokumentet som en støtte i sin logopediske praksis. Hvordan benyttes det av logopeder?

#### **6.6.4 Hva støtter norske logopeder seg på i avgjørelser rundt behandling?**

I forlengelse av implikasjonen om å undersøke logopeders forhold og tillit til retningslinjer, vil det også kunne være interessant å se på hvordan norske logopeder forholder seg til tilgjengelige støttedokumenter og verktøy til sin logopediske praksis. Blant tilgjengelige dokumenter utformet for å gi informasjon rundt logopedisk utøvelse finnes blant annet Norsk Logopedlags yrkesetiske retningslinjer (Norsk Logopedlag, u.å.) og artikkelsamlingen «*Stamming i et praksisrettet perspektiv*» (Statped, 2019). Det kunne være interessant å undersøke hvorvidt norske logopeder opplever slike verktøy som nyttige. Er de utformet på en slik måte at det fremstår realistisk og mulig å utøve? Er det som er fremlagt i disse dokumentene forenlig med logopedenes forståelse av stamming og kunnskap om hvordan vansken bør og kan møtes? Ikke minst kan det være av nyttig informasjon å kartlegge hvorvidt logopedene er klar over at disse verktøyene finnes, og i hvilke kontekster de blir benyttet. På bakgrunn av at det gjennom Høiers (2015) studie ble vist til at norske logopeder savner mer sammenheng mellom teori og praksis, kan det være at artikkelsamlingen har vært bidragsytende for å minske gapet noe siden studien. Det er per i dag ikke gjort undersøkelser som viser til hvordan logopeder opplever dette som nyttig i sin praksishverdag.

## 7.0 LITTERATURLISTE

AGREE Next Steps Consortium. (2013). *The AGREE II Instrument* [Electronic version]. AGREE Trust Organisation. Hentet fra: <http://www.agreetrust.org>.

AGREE Trust Organisation (Advancing the science of practice guidelines) (u. å.). Hentet fra: [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org).

Ahn, E. & Kang, H. (2018). *Introduction to systematic review and meta-analysis*. Korean Journal of Anesthesiology, 71(2), 103-112. DOI: [10.4097/kjae.2018.71.2.103](https://doi.org/10.4097/kjae.2018.71.2.103).

Alm, A. P. (2004). *Stuttering and the basal ganglia circuits: a critical review of possible relations*. Journal of Communication Disorders, 37(4), 325-369. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.03.001>.

Ambjørnsen, I. (2011). *Logopeders arbeid med førskolebarn som stammer: En kvantitativ undersøkelse*. Universitetet i Oslo. Institutt for spesialpedagogikk

American Speech-Language-Hearing Association (u. å.). *Fluency Disorders*. Hentet fra: <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/>.

Baluyot C., Karoline Hoff og Ane Hestmann Melle. (2019). *Kartlegging av stamming hos barn og voksne*. Statped. 33-51. Hentet fra: [https://www.statped.no/globalassets/fagomrader/sprak-og-talevansker/taleflyt/artikkelsamling-stamming/statped\\_artikkelsamling\\_kapitel2.pdf](https://www.statped.no/globalassets/fagomrader/sprak-og-talevansker/taleflyt/artikkelsamling-stamming/statped_artikkelsamling_kapitel2.pdf).

Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). *Negative self-efficacy and goal effects revisited*. Journal of Applied Psychology, 88(1), 87-99. DOI: [10.1037/0021-9010.88.1.87](https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87).

Banter Speech & Language. (2021). *Westmead program*. Hentet fra:

<https://www.banterspeech.com.au/westmead-program/>.

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 Technology Assessment (Winchester, England), 20(2), 1–302. DOI:

<https://doi.org/10.3310/hta20020>.

Biesta, G. (2007). *Why “What works” won’t work: Evidence-based practice and the democratic deficit in educational research*. Educational Theory 57(1), 1-22. DOI: [https://doi-](https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1111/j.1741-5446.2006.00241.x)

[org.ezproxy.uio.no/10.1111/j.1741-5446.2006.00241.x](https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1111/j.1741-5446.2006.00241.x).

Bjørvik, A.T. (2019). *Stamming og ADHD*. Statped. 231-249. Hentet fra.

[https://www.statped.no/globalassets/fagomrader/sprak-og-talevansker/taleflyt/statped\\_14190\\_a4-hefte\\_artikkelsamling\\_web2.pdf](https://www.statped.no/globalassets/fagomrader/sprak-og-talevansker/taleflyt/statped_14190_a4-hefte_artikkelsamling_web2.pdf).

Bratberg, Ø. (2017). *Tekstanalyse for samfunnsvitere* (2. utg., p. 216). Cappelen Damm akademisk.

Bray, M. (u. å.). *Down’s Syndrome and Stuttering*. The Stuttering Foundation. Hentet fra:

<https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/Migrate/0066DS.pdf>.

Chang, S-E., & Zhu, D. C. (2013). *Neural network connectivity differences in children who stutter*. Brain (London, England: 1878), 136(Pt 12), 3709–3726. DOI:

<https://doi.org/10.1093/brain/awt275>.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. R. B. (2018). *Research methods in education* (8th ed.). Routledge.

Craig, A., Hancock, K, Tran, Y., Craig, M, & Peters, K (2002). *Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span*. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 45(6), 1097-1105. DOI: [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2002/088\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2002/088)).

Dahlum, S. (2021). *Validitet*. Store norske leksikon. Hentet fra: <https://snl.no/validitet>.

Direktoratet for e-helse. (2018). *F98.5. Stammering*. ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2018. Hentet fra: <https://www.ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer>.

Donaghy, M., O'Brian, S., Onslow, M., Lowe, R., Jones, M., & Menzies, R. G. (2020). *Verbal Contingencies in the Lidcombe Program: A Noninferiority Trial*. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 63(10), 3419-3431. DOI: [10.1044/2020\\_JSLHR-20-00155](https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00155).

Druker, K. C., Mazzucchelli, T. G., Beilby, J. M. (2019). *An evaluation of an integrated fluency and resilience program for early developmental stuttering disorders*. Journal of Communication Disorders, 78:69-83. DOI: [10.1016/j.jcomdis.2019.02.002](https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.02.002).

Druker K , Mazzucchelli T , Hennessey N , Beilby J. (2020). *An evaluation of an integrated stuttering and parent-administered self-regulation program for early developmental stuttering disorders*. Journal of Speech, Language, 63(9), 2894-2912. DOI: [https://doi.org/10.1044/2020\\_jslhr-19-00310](https://doi.org/10.1044/2020_jslhr-19-00310).

Fluency Specialised Division. (2019). *Fluency Disorders Policy*. Professional Lead Speech-Language Centre.

Fluency Specialised Division. (2019). *Fluency Disorders Pre-School Children Standard Operating Procedure*. Professional Lead Speech-Language Centre.

Fluency Specialised Division. (2019). *Fluency Disorders Pre-School Children Care Pathway*. Professional Lead Speech-Language Centre.

Franken, M. C. J., Schalk, C. K-Vd. & Boelens, H. (2005). *Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study*. *Journal of Fluency Disorders*, 30(3), 189-199. Hentet fra: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uio.no/science/article/pii/S0094730X05000252>.

Franken M. C & Putker-de Bruijn, D. (2007). *Restart DCM Method. Treatment protocol developed within the scope of the ZonMW project Cost-effectiveness of the Demands and Capacities Model based treatment compared to the Lidcombe programme of early stuttering intervention: Randomised trial*. Hentet fra: <https://nedverstottertherapie.nl/wp-content/uploads/2016/07/RESTART-DCM.Method.-English.pdf>.

Grue, J. (2015). *Teori i praksis. Analysestrategier i akademisk arbeid*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Grundström, P., Lindström, E., Lundström, C., Pihlgren, A. & Samson, I., (2015). *Kliniska riktlinjer för logopediska insatser vid stamning och stamningsproblematik*. Svenska Logopedförbundet. Hentet fra: <https://www.srat.se/globalassets/logopederna/dokument/profession/nationella-riktlinjer/kliniska-riktlinjer-stamning.pdf>.

Guitar, B. (2019). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore, Md: Williams & Wilkins.

Guttormsen, L. S., Kefalianos, E. & Næss, K.A. B. (2015). *Communication attitudes in children who stutter: A meta-analytic review*. *Journal of Fluency Disorders*, 46, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.08.001>.

Guttormsen, L. S, Melle A. H., Hoff, K. og Næss K.A. B. (2019). *Stammebehandling og barnehagebarn*. Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/76008/STAMMEBEHANDLINGABARNEHAG>



[EBARN%2bNORSKE%2bLOGOPEDERS%2bPRAKSIS%2bpost%2bprint.pdf?sequence=4&isAllowed=y.](#)

Hernandez, A., Marti, K. M. & Roman, Y. M. (2020). *Meta-Analysis*. Chest, 158(1), S97-S102. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.003>Get rights and content.

Hoff, K. & Sønsterud, H. (2019). *Hva er stamming?* Statped. Hentet fra: [https://www.statped.no/globalassets/fagomrader/sprak-og-talevansker/taleflyt/artikkelsamling-stamming/statped\\_14190\\_a4-hefte\\_artikkelsamling\\_web2.pdf](https://www.statped.no/globalassets/fagomrader/sprak-og-talevansker/taleflyt/artikkelsamling-stamming/statped_14190_a4-hefte_artikkelsamling_web2.pdf).

Høier, J. (2015). *Et profesjonsperspektiv på logopedisk yrkesutøvelse*. Norsk pedagogisk tidsskrift, 99(1), 53-66. DOI: <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.18261/ISSN1504-2987-2015-01-06>.

Ingham, J. C. & Riley, G. (1998). *Guidelines for Documentation of Treatment Efficacy for Young Children Who Stutter*. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 41(4), 753-770. DOI: [10.1044/jslhr.4104.753](https://doi.org/10.1044/jslhr.4104.753)

Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. utg.). Høyskoleforl.

Johannessen, A., Tufte P. A. & Christoffersen, L. (2015). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.

Kefalianos, E., Onslow, M., Block, S., Menzies, R., & Reilly, S. (2012). *Early stuttering, temperament and anxiety: Two hypotheses*. Journal of Fluency Disorders, 37(3), 151–163. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.03.002>.

Kefalianos, E., Onslow, M., Ukoumunne, O., Block, S., & Reilly, S. (2014). *Stuttering, temperament, and anxiety: data from a community cohort ages 2-4 years*. Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR, 57(4), 1314–1322. DOI: [https://doi.org/10.1044/2014\\_JSLHR-S-13-0069](https://doi.org/10.1044/2014_JSLHR-S-13-0069).

Kraft, S. J. & Yairi, E. (2011). *Genetic Bases of Stuttering. The State of the Art*. Folia Phoniatica Et Logopaedica, 64(1), 34-47. DOI: <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1159/000331073>

Koushik S., Hewat S., Onslow M., Shenker R., Jones M., O'Brian S., Packman, A., Menzies, R., Harrison, E. & Wilson, L. (2019). *Three Lidcombe Program clinic visit options: a phase II trial*. Journal of Communication Disorders 2019;82:1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.105919>.

Lawrence M., & Yaruss, J. S. (u. å.). *Neurogenic Stuttering*. The Stuttering Foundation. Hentet fra: <https://www.stutteringhelp.org/neurogenic-stuttering>.

Lim, W., Arnold, D. M., Bachanova, V., Haspel, R.L., Rosovsky, R. P., Shustov, A.R, & Crowther, M. A. (2008). *Evidence-based guidelines--an introduction*. Hematology, 99(1), 53-66. DOI: <https://doi.org/10.1182/asheducation-2008.1.26>.

Melle, A. H., Guttormsen, L. S., Brubak, S. & Ingebrigtsen, A. (2019). *Oppfølging av stamming i barnehagealder og tidlig skolealder*. Statped, 51-75. Hentet fra: [https://www.statped.no/globalassets/fagomrader/sprak-og-talevansker/taleflyt/artikkelsamling-stamming/statped\\_14190\\_a4-hefte\\_artikkelsamling\\_web2.pdf](https://www.statped.no/globalassets/fagomrader/sprak-og-talevansker/taleflyt/artikkelsamling-stamming/statped_14190_a4-hefte_artikkelsamling_web2.pdf).

Millard, S. K., Nicholas, A. & Cook, F. (2008). *Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering?* Journal of Speech, Language and Hearing Research, 51(3), 636-650. DOI: [10.1044/1092-4388\(2008/046\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/046)).

Millard, S. K., Edwards, E & Cook F. (2009). *Palin Parent Child Interaction Therapy and The Lidcombe Program: Clarifying some issues*. Journal of Fluency Disorders. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.10.002>.

Millard, S. K., Zebrowski, P. & Kelman, P. (2018). *Palin Parent-Child Interaction Therapy: The Bigger Picture*. American Journal of Speech-language Pathology, 27(3S), 1211-1223. DOI: [https://doi.org/10.1044/2018\\_AJSLP-ODC11-17-0199](https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0199).

Murad, M. H., Asi, N., Alsawas M. & Alahdab, F. (2016). *New evidence pyramid*. Evidence-based Medicine (English Ed.), 21(4), 125-127. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401>.

NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid). (2020). *Behandling – et begrep til besvær*. Hentet fra: <https://www.napha.no/content/22724/behandling--et-begrep-til-besvar>.

NIFS (Norsk interesseforening for stamming og løpsk tale). (U.Å.). *Hva er stamming?* Hentet fra: <https://www.stamming.no/hva-er-stamming>.

Nippold, M. A. (2018). *Stuttering in preschool children: Direct versus indirect treatment*. *Language, speech, and hearing services in schools*, 49(1), 4-12. DOI: [10.1044/2017\\_LSHSS-17-0066](https://doi.org/10.1044/2017_LSHSS-17-0066).

Norsk Helseinformatikk. (2018). *Randomiserte, kontrollerte studier – en gullstandard*. Hentet fra: <https://nhi.no/rettigheter-og-helsetjeneste/om-forskning/randomiserte-kontrollerte-studier/?page=all>.

Norsk Logopedlag. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer for medlemmer i Norsk Logopedlag*. Hentet fra: <https://norsklogopedlag.no/yrkesetiske/>.

Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, H. G., Cook, S., Sandrieser, P., & Sommer, M. (2017). *The Pathogenesis, Assessment and Treatment of Speech Fluency Disorders*. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(22-23), 383–390. Hentet fra: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0383>.

Nye C., Vanryckeghem M., Schwartz J. B., Herder C, Turner H. M., Howard C. (2013). *Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2013;56(3):921-32. DOI: [10.1044/1092-4388\(2012/12-0036\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012/12-0036)).

Onslow, M. (1992). *Choosing a treatment procedure for early stuttering: Issues and future directions*. Journal of Speech and Hearing Research, 35, 983–993. DOI: <https://doi.org/10.1044/jshr.3505.983>.

Onslow, M., Packman, A. & Harrison, E. (2003). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A Clinician's Guide*. Austin, Tex.: Pro-Ed.

Onslow, M. (2003). *Evidence-based treatment of stuttering: IV. Empowerment through evidence-based treatment practices*. Journal of Fluency Disorders, 28(3), 237-245. DOI: [https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1016/S0094-730X\(03\)00041-X](https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1016/S0094-730X(03)00041-X).

Onslow, M., & Millard, S. (2012). *Palin Parent Child Interaction and the Lidcombe Program: Clarifying some issues*. Journal of fluency disorders, 37(1), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.10.002>.

Onslow, M., Jones, M., O'Brian S., Packman A., Menzies, R., Lowe, R., Arnott, S., Bridgman, K., de Sonnevile, C. & Franke, M. C. (2018). *Comparison of percentage of syllables stuttered with parent-reported severity ratings as a primary outcome measure in clinical trials of early stuttering treatment*. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 61(4), 811-819. DOI: [10.1044/2017\\_JSLHR-S-16-0448](https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0448).

Opplæringsloven. (2005). *Rett til spesialundervisning*. LOV-1998-07-17-61. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61/kap5#kap5>.

Pertjys, M. (2014). *Evidence-based Clinical Guidelines in Stuttering Treatment*. Hentet fra: <http://www.ecsf.eu/userfiles/files/PDF%20M.Pertjys%2020014-03-27.pdf>.

Pertjys, M.A.J., Oonk, L.C., Beer, de J.J.A., Bunschoten, E.M., Bast, E.J.E.G., Ormondt, van J., Rosenbrand, C.J.G.M., Bezemer, M., Wijngaarden, van L.J., Kalter, E.J., Veenendaal, van H. (2014). *Clinical Guideline Stuttering in Children, Adolescents and Adults*. NVLF, Woerden. Hentet fra: [https://nedverstottertherapie.nl/wp-content/uploads/2016/07/Clinical\\_Guideline\\_Stuttering-1.pdf](https://nedverstottertherapie.nl/wp-content/uploads/2016/07/Clinical_Guideline_Stuttering-1.pdf).

Ratner, B. N. (2005). *Evidence-based practice in stuttering: Some questions to consider*. Journal of Fluency Disorders, 30(3), 163-188. DOI: <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1016/j.jfludis.2005.04.002>.

Reilly, S., Onslow, M., Wake, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O. C., Bavin, E. L., Prior, M., Eadie, P., & Block, S. (2013). *Natural History of Stuttering to 4 Years of Age: A Prospective Community-Based Study*. Pediatrics (Evanston), 132(3), 460–467. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3067>.

Rohde, A., Worrall, L., & Dorze, G. L. (2013). *Systematic review of the quality of clinical guidelines for aphasia in stroke management*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 19(6), 994-1003. DOI: <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1111/jep.12023>.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). *Evidence based medicine: What it is and what it isn't*. British Medical Journal, 312, 71-72. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>.

Sander, K. (2019). *Dokumentanalyse/Innholdsanalyse*. E-studie. Hentet fra: <https://estudie.no/dokumentanalyse/>.

Scott, K. S., Tetnowski J. A., Flaitz, J. R., Yaruss, J. S. (2014). *Preliminary study of disfluency in school-aged children with autism*. International Journal of Language & Communication Disorders, 49(1), 75-89. DOI: <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1111/1460-6984.12048>.

Scott, K. S. (2015). *Dysfluency in Autism Spectrum Disorders*. Procedia, Social and Behavioral Sciences, 193, 239-245. DOI: <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1016/j.sbspro.2015.03.266>.

Shapiro, D. (2011). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom* (2nd ed.). Austin, Tex: PRO-ED.

Sheehan, J.G (1970). *Stuttering: Research and therapy*. New York Harper & Row publishers Inc.

Sonneville-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., & Franken, M.-C. (2015). *Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial*. PloS one, 10(7). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133758>.

Staff, A. (2015). *Bias*. De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>.

Svenska Logopedförbundet. (2016). *Att utveckla kliniska riktlinjer. En handbok från Svenska Logopedförbundet*. Hentet fra: <https://www.srat.se/globalassets/logopederna/dokument/profession/att-utveckla-kliniska-riktlinjer-.pdf>.

Sjøberg, S. (2021). *Bolognaprosessen*. Store norske leksikon. Hentet fra: <https://snl.no/Bolognaprosessen>.

Sjøstrand, Å. (2019). *Ny artikkelsamling om stamming lansert*. Universitetet i Oslo. Hentet fra: <https://www.uv.uio.no/isp/om/aktuelt/aktuelle-saker/2019/nyttig-verktoy-for-logoped-er-lansert-artikkelsamling.html>.

Statped (2019). *Stamming i et praksisrettet perspektiv*. Statped. Hentet fra: <https://www.statped.no/laringsressurser/sprak-og-tale/stamming-i-et-praksisrettet-perspektiv/>.

The Lidcombe Program Trainers Consortium (u.å.) Hentet fra: <https://www.lidcombeprogram.org/>.

Trajkovski, N., Andrews, C., O'Brian, S., Onslow, M., & Packman, A. (2006). *Treating Stuttering in a Preschool Child With Syllable Timed Speech: A Case Report*. Behaviour Change, 23(4), 270-277. DOI: [10.1375/bech.23.4.270](https://doi.org/10.1375/bech.23.4.270).

Trajkovski, N., Andrews, C., Onslow, M. og Packman, A. (2009). *Using syllable-timed speech to treat preschool children who stutter: A multiple baseline experiment*. Journal of Fluency Disorders, 34(1), 1-10. The University of Sydney, Australia. DOI: [10.1016/j.jfludis.2009.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.01.001).

Trajkovski N., Andrews, C., Onslow, M., O'Brian, Packman, A. & Menzies, R. (2011). A phase II trial of the Westmead Program: Syllable-timed speech treatment for pre-school children who stutter. *Journal of Speech-Language Pathology*, 13(6), 500-509. DOI:

<https://doi.org/10.3109/17549507.2011.578660>.

Trajkovski N , O'Brian S , Onslow M , Packman A , Lowe R , Menzies R. (2019). *A three-arm randomized controlled trial of Lidcombe Program and Westmead Program early stuttering interventions*. *Journal of Fluency Disorders*, 61:1-8. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2019.105708>.

Utdanningsdirektoratet. (2017). *Ordforklaringer og roller – spesialundervisning*. UDIR.

Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering*. 2. Utgave. Englewood Cliffs, Nj: Prentice-Hall.

Wright. M. A. og Olsen, T. (2017). *Krever bedre stammebehandling*. Dagsavisen. Hentet fra:

<https://www.dagsavisen.no/debatt/2017/10/20/krever-bedre-stammebehandling/>.

Yairi, E. & Ambrose, N. (1999). *Early Childhood Stuttering I: Persistency and Recovery Rates*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1097-1112. DOI:

[10.1044/jslhr.4205.1097](https://doi.org/10.1044/jslhr.4205.1097).

Yairi, E., & Seery, C. (2015). *Stuttering: Foundations and Clinical Applications Reply*. The Pearson Communication Sciences and Disorders Series.

# 8.0 VEDLEGG

## Vedlegg 1: Analyse av Sveriges retningslinjer



# AGREE II

**A critical appraisal of:  
Sveriges nasjonale retningslinjer:  
Kliniska riktlinjer för logopediske  
insatser vid stamning och  
stamningsproblematik  
using the AGREE II Instrument**

Created with the AGREE II Online Guideline Appraisal Tool.

No endorsement of the content of this document by the AGREE Research Trust should be implied.

Appraiser: Trude Beseth Nordeide

Date: 22 May 2021

URL of this appraisal: <http://www.agreetrust.org/appraisal/80926>

Guideline URL:

<https://www.srat.se/globalassets/logopederna/dokument/profession/nationella-riktlinjer/kliniska-riktlinjer-stamning.pdf>



---

## Overall Assessment

Title: Sveriges nasjonale retningslinjer: Kliniska riktlinjer för logopediske insatser vid stamning och stamningsproblematik

Overall quality of this guideline: 5/7

Guideline recommended for use? Yes.

Notes:

Hensikten med retningslinjen og hvem målgruppen er kommer godt frem. Anbefalingene er i det store og det hele kortfattet og tydelig, og retningslinjedokumentet fremstår lett å kunne bla opp i for å vurdere de overordnede forskjellene i behandlingsoalternativene. Det fremgår at det er utarbeidet av profesjonelle fagpersoner med lang klinisk fartstid i yrket. Retningslinjen har detaljerte metodologiske beskrivelser for hvordan man har kommet frem til evidensen som benyttes som grunnlag for anbefalingene, og viser til både sjekkpunkter og formell evidensmodell. Ved beskrivelser av behandlingene trekkes det ut konkrete behandlingsprogrammer til barnehagebarn, og det beskrives ofte anbefalt hyppighet og målsettinger for anbefalingene, mens den praktiske fremgangsmåten er vagt beskrevet. Barrierer ved behandlingene beskrives ikke, men tilrettelegging gjennom dialog med foreldre og barn i samspill med kartleggingsresultater fremlegges som viktige hensyn å ta. Beskrivelser om redaksjonell uavhengighet og finansiell støtte er vagt beskrevet. Prosedyrer for oppdateringer av retningslinjene er beskrevet. Hvorvidt retningslinjen er blitt justert på før offentlig publisering synes vanskelig å besvare da pilottesting ikke beskrives å være gjennomført.

Domain	Total
1. Scope and Purpose	20
2. Stakeholder Involvement	15
3. Rigour of Development	41
4. Clarity of Presentation	16
5. Applicability	11
6. Editorial Independence	4

---

## 1. Scope and Purpose

**1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 7

Under innledningsdelen i dokumentet presenteres tidlig målne med retningslinjen. Det beskrives flere målsettinger, og disse omfatter hvilken nytte klinikere og klientenes kan dra av å ha en retningslinje å følge, samt hva som målet med å bygge retningslinjens

anbefalinger på evidens. Det er beskrevet tydelig både hvem retningslinjen er skrevet for, og hvilke klientgrupper som omtales. Det er lett å finne frem til itemets informasjonskriterier, og alle kriterier og vurderinger oppfylles

## **2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 6

Retningslinjen tar for seg både anbefalinger for kartleggings- og behandlingsarbeid ved stamming i de aldersgruppene som er beskrevet i item 1, nærmere bestemt barnehagebarn, barn i skolealder, ungdommer og voksne. Det er ikke stilt konkrete spørsmål som besvares, men vises til at retningslinjenes anbefalinger skal bidra til at klinikerne skal kunne gjennomføre intervensjoner som kan bidra til likeverdig behandling.

## **3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 7

Retningslinjen tar for seg både kartleggings- og behandlingsarbeid for barnehagebarn, samt andre aldersgrupper med stamming. Komorbiditetstilfeller beskrives, og underveis i dokumentet oppgis konkret alder ettertrykkelig ved behov for spesifisering av dette. Det spesifiseres hvilken form for stamming som omtales i dokumentet, noe som gjør dokumentet lett å følge vanskemessig. Ekskluderte populasjoner kommer ikke frem. Anbefalinger til barnehagebarn og barn er ikke adskilt i kapitler, noe som strukturmessig ville kunne gitt en tydeligere forskjell. Likevel beskrives det relativt godt hvilke anbefalinger som er relevant for de to gruppene.

---

## **2. Stakeholder Involvement**

### **4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 6

Retningslinjen forklarer hvem som er koordinator av evidensinnsamlingen, hvem retningslinjeforfatterne er med navn, geografisk lokasjon, kompetansebakgrunn og institusjonstilhørighet. Ansvarsområdene beskrives også. I alt oppgis 5 fagpersoner som retningslinjens forfattere. Alle medlemmene har sterk tilknytning til stamming som fagområde og har lang erfaring i sin profesjon. Gruppen har selv gransket evidensen. Ekspertgruppe med forskerkompetanse har vært involvert i eksternevaluering, uvisst om metodologister er inkludert i denne gruppen.

### **5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 2

Det henvises til at grunnlaget for de kliniske beslutningene man har fattet konsensus omkring er bygget på prinsipper for evidensbasert praksis. I det som fremkommer under søkestrategi er ikke klientenes synspunkter og preferanser blitt beskrevet, og det er ikke presentert noe videre rundt dette i retningslinjene.

## **6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 7

Det er tydelig definert hvem som er målbrukerne av den kliniske retningslinjen, og hvordan det er ment at disse skal virke for dem i deres behandlingsarbeid med klientgruppen. Målbrukerne er å anse som høyst relevant for det arbeidet retningslinjen tilstreber å gi informasjon til. Det nevnes ettertrykkelig at retningslinjen ikke er et tvingende dokument, men en veileder.

---

## **3. Rigour of Development**

### **7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 7

Under metoddelen i retningslinjen finnes avsnitt om søkestrategi. Her oppnevnes alle databaser som har vært involvert. Tidsperioden søkene ble gjort er beskrevet gjennom når den ble avsluttet, og det beskrives årstall for inklusjon av publikasjoner, . Benyttede søketermer beskrives, og disse fremstår relevante i sammenheng med anbefalingsformuleringene for øvrig. Hvordan kritisk evaluering er blitt gjennomført er nøye beskrevet og inklusjonskriteriene for søkingen er nøye beskrevet. Det vil dermed kunne sies å være gitt nok informasjon til at replikasjon av søkene kan muliggjøres.

### **8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 5

Inklusjonskriteriene kommer tydelig frem gjennom målgruppen og søketermene som ble nærmere beskrevet i item 7. Det fremkommer videre at i de tilfeller hvor studier fra søkene er savnet vil dette bety at disse har lav kvalitet eller at studier av likartet kvalitet viser motstridende resultater. Type studiedesign benyttet som utgangspunkt for evidensinnsamlingen er tydeliggjort. Inklusjonskriterier for språk tydeliggjøres. Målpopulasjonens karakteristikk kan tolkes ut fra de beskrevde søketermene som er benyttet. Bruker ikke søketermer spesifikt tilknyttet barnehagebarn.

### **9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 5

Det er beskrevet tydelig hvordan evidensen ble vurdert ut fra fastsetting av evidensnivå og gradering ved de foreliggende studiene med beskrivelse av studiedesign. Skjemaer for oversikt over vurderingskriterier finnes vedlagt til dokumentet. Validitets- og

reliabilitetsmålinger er også vurdert ut fra konkret modell. De metodologiske begrensningene ved studiene fremkommer gjennom forklaring av evidensnivåsettingene og alternativene rundt disse. Lite til ingen diskusjon og rasjonale rundt begrunnelse for evidensbeskrivelser er vedlagt blant anbefalingene. Konsistens og retning i resultater på tvers av studiene er dermed utfordrende å informasjon om. Anvendbarhet til praktisk kontekst beskrives i moderat grad ved enkelte de evidensbaserte anbefalingene, og andre tilnærminger nevnes uten form for beskrivelser av gjennomføring, mål eller evidensgrunnlag.

## **10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 7

Den samlede evidensen i kombinasjon med eksperters kommentarer har resultert i de fremlagte anbefalingene. Utviklingen rundt anbefalingene er gjort rede for, og det er lett å følge prosessen fra datainnsamling til anbefalingsformuleringene. Det vises til en relevant vurderingssystem for evidensen, som videre bidro til å skape anbefalingene.

## **11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 3

Retningslinjen tar høyde for at behandlingsvalg tilpasses diverse faktorer som oppnevnes. Det er vist kort til hva evidensen sier om stammebehandling til barnehagebarn. Det er også vist kort til hva som bør gjøres ved risiko for vedvarende stamming. I det hele tatt er det svært lite diskusjon og vurderingsformuleringer vedrørende fordeler, bieffekter og risikoer rundt anbefalingene.

## **12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 5

Retningslinjen henviser tydelig til hvordan retningslinjeforfatterne linket og brukte evidensen til å danne anbefalingene. I henhold til kartlegging er det gjort en reliabilitetsvurdering, men ikke evidensvurdering. Det er kildehenvisninger underveis i teksten. Det nevnes til sammen 6 behandlingsprogrammer for den relevante klientpopulasjonen, hvor 3 av dem linkes til evidensvurderinger med tallfestet nivåsetting. Der hvor evidensen har begrensninger er dette tydeliggjort. Ved de resterende programmene henvises det ikke til samme gjennomførte evidensvurdering. Behandlingsanbefalingene innebærer både spesifikke programmer og generelle tilnærminger. Det kildehenvises godt, og det er mulig å koble det til en utfyllende referanseliste bak i dokumentet. Grunnlaget for de anbefalingene uten evidenshenvisning gis ikke.

## **13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 2

Det nevnes at retningslinjens koordinator har ansvaret for at retningslinjen granskes av uavhengige personer med forskerkompetanse - en ekspertgruppe, og at deres kommentarer bidro til anbefalingsutformingen. Dette er ikke beskrevet videre. Ingen informasjon om hvem ekspertgruppen består av, bakgrunn, eller antall personer. Eksplisitt hvordan deres evaluering har påvirket anbefalingsutformingen er ikke beskrevet, og heller ikke hvilke utfall deres vurdering viste til. På bakgrunn av mangelfull informasjon er det ikke mulig å si hvorvidt ekspertgruppen inkluderte relevante fagpersoner.

#### **14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 7

En konstatering om at retningslinjen skal oppdateres nedfelt, med konkret henvisning til årstall. Eksplisitt tidsintervall og hvem som kan gjennomføre revidering av retningslinjen beskrives. Det oppnevnes hvilken instans som kan vurdere hvorvidt en revidering er nødvendig. Bakgrunn for hvorfor retningslinjen bør oppdateres er beskrevet. Det er ikke vist til metodologi for revideringen, som på noen måte avviker fra den metodiske fremgangsmåten ved nåværende retningslinje.

---

## **4. Clarity of Presentation**

#### **15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 5

Kartleggingsanbefalinger er beskrevet eksplisitt for andre aldersgrupper, men ikke spesifisert for barnehagebarn. En av kartleggingsprogrammene knyttes dog til en av behandlingsanbefalingene for denne aldersgruppen, og den kan i så måte tolkes i retning av adekvat for barnehagebarn. Formålet med kartleggingsprogrammet linkes til tilhørende behandlingsprogram, men utdypes ikke videre. Ved to av behandlingsprogramanbefalingene nevnes eksplisitt den relevante aldersgruppen. Grunnet lite skille i anbefalinger til barn og barnehagebarn, er det ikke alltid like tydelig hvilke målgrupper anbefalingene sikter mot. Formål ved anbefalingene nevnes ved de anbefalingene som tilknyttes evidens direkte.

#### **16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 5

Ved kartleggingsanbefalingene gjør utelatelse av kobling av kartleggingsprogram til relevant barnehagealdersgruppen at alternativene ikke fremstår like tydelig. Alternativer for stammebehandling beskrives. Det gjøres tilpasninger ut fra ulike faktorer og mål, og det vises til forskjellige tradisjoner for stamming. Det nevnes risikofaktorer som kan ha betydning for valg av behandling, og videre konkret hva som anbefales. Populasjonsbeskrivelse nevnes ofte, men ikke alltid (se mer ved item 15).

## **17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 6

De mest relevante behandlingsanbefalingene er plassert på en måte slik at retningslinjebruker raskt kan finne dem. Sammenstilling av behandlingsanbefalinger finnes også i en oppsummerende boks i slutten av dokumentet. Innholdet i oppsummeringsboksen er generell, og ikke spesifikk for barnehagebarn. Den tar ikke utgangspunkt i spesifikke programmer, men generelle aspekter ved stammebehandling uavhengig av aldersgruppe. Det gjenspeiler således ikke konkret de anbefalingene som gis i mer utfyllende grad i henhold til barnehagebarna.

---

## **5. Applicability**

### **18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.**

Rating: 4

Type tilrettelegginger som bør gjøres beskrives, og videre kort om hva slags informasjon som kan ha betydning for ulike former for tilrettelegging. Metoder som ble brukt for å finne informasjon om tilrettelegginger som informerte anbefalingsformuleringene er ikke oppgitt. Barrierer rundt gjennomføring av anbefalingene er beskrevet noe.

### **19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.**

Rating: 2

Det er beskrevet at retningslinjeforfatterne kan velge å danne tilleggskjema med mer konkrete veiledninger, men dette følges ikke videre opp i dokumentet. Det vises til hvordan å få tak i vurderingsskjema tilhørende spesifikt kartleggingsprogram, og videre reliabilitetsvurdering av dette. Ellers er ikke verktøy og ressurser for å tilrettelegge for anvendbarheten er beskrevet (det vil si ingen linker til tilleggsmateriell eller annet ressursmaterie) hva gjelder behandlingsanbefalinger. Blant formuleringene om behandlingsanbefalingene nevnes noe informasjon om hvordan behandlingene bør gjennomføres i praksis, men av begrenset art. Det er ikke vist til at det er gjennomført pilottesting rundt anbefalingene.

### **20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 1

Beskrives ikke.

### **21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 4

I kartleggingsfasen nevnes ulike alternativer for måling av stamming, som gjenspeiler flere sider ved stammingen. Identifisering av vurderingskriterier og prosessmålinger for måling av fremgang i direkte tilknytning til behandlingstilnæringsanbefalingene beskrives ikke. Råd om sesjonsfrekvenser i behandlinger er nevnt, og fastsetting av når progresjon bør være synlig. Det er ingen identifisering av kriterier for å vurdere retningslinjeimplementeringen eller etterlevelse av anbefalingene

---

## 6. Editorial Independence

### **22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 3

I de delene av prosessen hvor finansieringsorganer har vært hjelpelige er navn på finansieringskilder gitt. Det er ikke utdypet hvilke roller de har hatt i retningslinjeutviklingen. Det foreligger ingen stadfesting av at finansieringskilden ikke har påvirket innholdet i retningslinjen. Store deler av retningslinjearbeidet har vært ideelt arbeid. Det er ikke skilt på hvilke deler av arbeidet som har vært ideelt, og hvor finansieringskilder har hatt en eventuell påvirkning.

### **23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.**

Rating: 1

Beskrives ikke.

---

Created online at [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org) 22 May 2021



# AGREE II

**A critical appraisal of:  
Nederlands retningslinje: Clinical  
Guideline. Stuttering in Children,  
Adolscents and Adults  
using the AGREE II Instrument**

Created with the AGREE II Online Guideline Appraisal Tool.

No endorsement of the content of this document by the AGREE Research Trust should be implied.

Appraiser: Trude Beseth Nordeide

Date: 22 May 2021

URL of this appraisal: <http://www.agreetrust.org/appraisal/80972>

Guideline URL:

[https://nedverstottertherapie.nl/wp-content/uploads/2016/07/Clinical\\_Guideline\\_Stuttering-1.pdf](https://nedverstottertherapie.nl/wp-content/uploads/2016/07/Clinical_Guideline_Stuttering-1.pdf)



## Overall Assessment

Title: Nederlands retningslinje: Clinical Guideline. Stuttering in Children, Adolscents and Adults

Overall quality of this guideline: 6/7

Guideline recommended for use? Yes.

Notes:

Svært mange av domenene og de underliggende vurderingspunktene oppnår toppskårer. Dette vitner om et grundig utført arbeid sett opp mot AGREE-kriteriene, og det har vært god planlegging av utviklingsprosessen for å oppnå kvalitetsfylte anbefalinger som skal nå ut til klinikere for praktisk bruk. Retningslinjen er ryddig og konsist formulert uten at det er vesentlige mangler i teksten. Klientenes perspektiv er tatt høyde for gjennom å ha gjennomført fokusgruppeintervjuer. Det beskrives konkrete behandlingsprogrammer i anbefalingene, og disse begrunnes i evidens. Metodisk fremstår det evidensmessige grunnlaget for anbefalingene troverdig og stødig gjennomført, og det legges frem statistisk grunnlag og benyttning av formell evidensmodell. Utvelgelsen av evidensen, samt hvilke instanser og personer som har vært med å bidra i de ulike leddene av prosessen er eksplisitt nevnt, og leser av retningslinjen vil raskt kunne finne frem til alle deler av utviklingsprosessen, samt bakgrunnen for de anbefalingene som gir svært lett. Hvorvidt retningslinjen er blitt justert på før offentlig publisering synes vanskelig å besvare da pilottesting ikke beskrives å være gjennomført.

Domain	Total
1. Scope and Purpose	21
2. Stakeholder Involvement	21
3. Rigour of Development	51
4. Clarity of Presentation	21
5. Applicability	26
6. Editorial Independence	9

### 1. Scope and Purpose

#### 1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.

Rating: 7

Retningslinjen viser til flere målsettinger gjennom å forklare hensiktene fra flere vinklinger. Gjennom beskrivelsene rundt dette kommer også ønskede utfall gjennom bruken av retningslinjen til syne. Målgruppen (klientpopulasjon og aldersgrupper) er tydelig beskrevet.

## **2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 7

Retningslinjen bruker oversiktlige avsnitt med tydelige overskrifter for å vise til hva retningslinjen inneholder og innebærer. En forstår raskt hvilken klientpopulasjon dokumentet sikter seg mot. Innholdsfortegnelse gjør innholdet lett å finne frem til. Det kommer tidlig frem i dokumentet hvilke aldersgrupper som tas høyde for i retningslinjen, og det fremstår tydelig hvor en skal bla opp for å finne konkret informasjon om barnehagebarn.

## **3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 7

Som nevnt i item 1 og 2 er klientpopulasjonen tydelig beskrevet. Aldersgruppene retningslinjen tar for seg deles tydelig inn. Komorbiditeter og andre tilleggsfaktorer ved stamming beskrives. Det spesifiseres hvilken form for stamming som tas høyde for, og hvilke som ekskluderes.

---

## **2. Stakeholder Involvement**

### **4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 7

Det kommer tydelig frem i retningslinjen hvilke personer som har vært bidragsytende til utviklingen av retningslinjen. Alle organisasjoner og foreninger som har vært involvert er blitt nevnt. Det oppnevnes 12 personer som har regnes som forfatterne av retningslinjen. Alle nevnes med navn, spisskompetanse og forenings-/organisasjonstilhørighet. Gjennom beskrivelse av forenings- og organisasjonsmedlemmenes roller blir ansvarsområdene for retningslinjeutviklingen avklart.

### **5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 7

Det konstateres at klientgruppens synspunkter og preferanser har blitt tatt høyde for. Hvilken metode som ble brukt for å frem dette er beskrevet. Utfallene av informasjonen er beskrevet i stor grad, og er med på å forme retningslinjen og anbefalingsformuleringer.

### **6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 7

Målbrukerne av retningslinjen er klart definert - både hva gjelder primærmålbrukerne og andre grupper retningslinjen kan være nyttig for. Hvorfor og hvordan disse kan benytte dokumentet er også beskrevet.

---

### **3. Rigour of Development**

#### **7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 6

Alle databaser benyttet i søket etter evidens er beskrevet. Det beskrives generell søkestrategi for retningslinjen som helhet, og mer spesifisert i kapittelet som omhandler barnehagebarn. Hvert kapittel i retningslinjen er utformet som et forskningsspørsmål, og en metodedel forklarer spesifikt fremgangsmåten for besvarelse av disse. Søketermer, søkestreng og antall resultater er beskrevet i vedlegg. Tidsperioden søkene er gjennomført i kommer ikke tydelig frem. Den gitte informasjonen vil i stor grad kunne muliggjøre replikasjon av søkene som er gjort.

#### **8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 5

Markering av og bakgrunnen for eventuell borttagning av forskningspublikasjoner funnet gjennom søkene, og hva dette har hatt av betydning for anbefalingsformuleringene tydeliggjøres. Aktuelle studiedesign utvalgt for retningslinje anbefalingenes utforming beskrives. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er ikke eksplisitt oppnevnt. Det vil likevel kunne tolkes ved nøye lesing i dokumentet (dette fremstår dog som noe krevende å lete seg frem til).

#### **9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 7

Det er oppgitt en formell vurderingsmodell for å evaluere evidenskvaliteten med forklaringer av modellen og hvordan en har tatt avgjørelsene for anbefalingsformuleringene på bakgrunn av denne. Studienes metodologiske begrensninger fremkommer også som følger av vurderingsutføringen. Utover den konkret beskrevde vurderingsmodellen, vises det også til andre mer generelle vurderinger av evidenskvaliteten. Som nevnt i item 8 er også de aktuelle forskningspublikasjonenes studiedesign beskrevet.

#### **10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 7

Retningslinjen har en utfyllende og ryddig beskrivelse av anbefalingsutviklingsprosessen, hvordan de ulike prosessfasene påvirket anbefalingene, samt utfallet av dem tydeliggjøres

gjennom tilknytning til forfatterens arbeid. Hvert kapittel avsluttes med hvordan evidensen har blitt til anbefalinger.

### **11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 7

Det beskrives å være undersøkt negative og uønskede effekter ved kartleggingsverktøy og behandlingsprogrammene som nevnes i anbefalingene, samt hvordan og hvilke av disse som kan være mer eller mindre fordelaktige å benytte på bakgrunn av evidens, validitet og reliabilitet. De effektmessige usikkerhetene rundt de fremlagte anbefalingene er også beskrevet. Det nevnes ikke at det har vært strid om fordeler og ulemper ved behandlingene blant retningslinjeforfatterne. Det beskrives også ønskede og uønskede effekter ved oppfølging etter behandling.

### **12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 7

Ved hver anbefaling gis det rasjonale som begrunner hvorfor den aktuelle anbefalingen blir gitt ut fra det evidensgrunnlaget som foreligger. Styrker og svakheter ved anbefalingene oppgis, og videre hvorfor en har valgt å anbefale/ikke anbefale behandlingene. Hver anbefaling beskrives godt og ender opp i en oppsummering med evidensgradering, samt konklusjon om grunnlaget for dette. Oppsummeringene er plassert i bokser mot slutten av diskursen, noe som gjør det lett å raskt få et overblikk over evidensgrunnlaget til den gitte anbefalingen. Det er også godt merket med kilder, både med kildeliste for hvert endte kapittel, samt underveis i selve dokumentteksten. Ved kapitler omhandlende henvisninganbefalinger og oppfølging etter behandling er fokusgruppeutfall gjort for å få frem klientpopulasjonens stemme lagt til grunn i stedet for en primær evidensvurdering, men det henvises også jevnlig til kilder.

### **13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 5

Det oppføres en rådgivningsgruppe i tillegg til forfattergruppen for øvrig, som er å tolke som en ekstern evalueringsgruppe. Navn og organisasjonstilhørighet ved disse står oppført, i alt 7 personer. Som vedlegg er det oppført ulike grunnlag retningslinjen er blitt vurdert etter. Hvorvidt det er rådgivningsgruppen som har gjennomført disse vurderingene er uklart. Det er ikke gitt konkrete beskrivelser rundt hvilket grunnlag de eksterne tilbakemeldingene beror på, og videre heller ikke hva slags utslag dette ga for anbefalingsformuleringen og retningslinjen for øvrig.

### **14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 7

Det nevnes konkret årstall for når retningslinjen neste gang skal revideres. Hvilke instanser som avgjør nødvendighet for revidering er oppgitt samt forklaring av hva som kan ligge til

grunn for fornyingen. Det oppnevnes ikke å være andre metodologiske strategier for revidering av retningslinjen enn den som er benyttet ved foreliggende dokument.

---

## **4. Clarity of Presentation**

### **15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 7

Retningslinjen har delt inn kapitlene etter aldersgrupper. Det vises tydelig til hva behandlingsprogrammene innebærer. Der det er usikkerhet rundt evidensen nevnes dette eksplisitt, og målene med behandlingene omtales. Det oppgis i alt 4 behandlingsprogrammer i anbefalingene til barnehagebarn. Fokuset er stort på gjengivelse av forskning, statistikk og påfølgende vurdering av evidens og effekt av anbefalte verktøy og programmer, men tar også for seg formålene ved de nevnte behandlingsprogrammene. Det fremkommer klart hvilke som er mer eller mindre anbefalt enn de andre.

### **16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 7

Det beskrives 4 kartleggingsverktøy til bruk for barnehagebarn, og, som nevnt i item 15, omtales 4 behandlingsprogrammer, hvor disse vurderes og skåres etter hva som er mest og minst anbefalt evidensmessig. Det kommer tydelig frem hvilke aldre disse er passende for.

### **17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 7

Kapitlene avsluttes med oppsummeringsbokser med nøkkelfunn. Disse gjenspeiler validitets-, reliabilitets- og evidensvurderingene og hovedfunnene nevnt i dokumentteksten for øvrig.

---

## **5. Applicability**

### **18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.**

Rating: 7

Identifikasjon av type tilrettelegginger er beskrevet, både i tilknytning til behandlingsprogram og ved mer generelle behandlingstilnærminger. Barriereløsninger beskrivelser i henhold til faktorer og tilstander som kan oppstå underveis i behandlingen. Metoder som ble brukt for å finne informasjon om tilrettelegginger og barrierer beror blant annet gjennom kontakt med relevante bruker- og profesjonelle grupper.

**19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.**

Rating: 6

Det beskrives at implementeringen av retningslinjen og den praktiske anvendbarheten av anbefalingene er påtenkt i alle fasene av utviklingen, og hvilke fokus som har stått sentralt her. En eksplisitt sjekkliste til bruk for kartlegging/behandlingsfaktor innen et spesifikt område av stammebehandlingen er vedlagt, og det henvises til nettsider med utdypende informasjon til foresatte og mennesker som stammer om hvordan gangen i en helhetlig behandlingsprosess skal foregå. Detaljert veiledning i den praktiske gjennomføringen gis ikke ytterligere. Det er ikke vist til gjennomføring av pilottest rundt anbefalingene.

**20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 7

Det er dannet egne avsnitt i hvert kapittel omhandlende kostnader. Kostnadseffektivitet er også vurdert ved kartleggingsverktøys- og behandlingsprogramsanbefalingene til barnehagebarn. Metoder som er benyttet for å finne frem til kostnadsinformasjon er noe beskrevet. Kostnader rundt etteroppfølging av klient er også vurdert.

**21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 6

Kriterier for å vurdere anbefalingenes virkning på stammingen er beskrevet i tilknytning til det enkelte behandlingsprogrammet, og hvordan kliniker på mer generelt grunnlag kan måle progresjon. Her beskrives både frekvens og målinger underveis i behandlingsprosessen. Det er ingen identifisering av kriterier for å vurdere retningslinjeimplementeringen eller etterlevelse av anbefalingene

---

## **6. Editorial Independence**

**22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 3

Navn på finansieringskildene er eksplisitt beskrevet. Det er ikke beskrevet hvordan disse kan ha hatt finansiell interesse rundt påvirkning av retningslinjen. Det er heller ikke beskrevet hvorvidt medlemmene i den rådgivende/eksterne gruppen har finansielle interesser med innvirkning på retningslinjens anbefalinger.

**23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.**

Rating: 6

Det er beskrevet at det blant alle medlemmene i retningslinjens utviklergruppe ikke ble funnet konkurrerende interesser av relevans. Metoder for å avdekke eventuelle interessekonflikter er ikke beskrevet.

---

Created online at [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org) 22 May 2021



# AGREE II

**A critical appraisal of:  
Tysklands retningslinje: Clinical Practice  
Guideline. The Pathogenesis, Assessment  
and Treatment of Speech Fluency  
Disorders  
using the AGREE II Instrument**

Created with the AGREE II Online Guideline Appraisal Tool.

No endorsement of the content of this document by the AGREE Research Trust should be implied.

Appraiser: Trude Beseth Nordeide

Date: 22 May 2021

URL of this appraisal: <http://www.agreetrust.org/appraisal/80993>

Guideline URL: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0383>



## Overall Assessment

Title: Tysklands retningslinje: Clinical Practice Guideline. The Pathogenesis, Assessment and Treatment of Speech Fluency Disorders

Overall quality of this guideline: 4/7

Guideline recommended for use? Yes with modifications.

Notes:

Klientenes perspektiv, finansiering og hvordan klinikere kan forholde seg praktisk til de anbefalingene som gis gjennom retningslinjene fremstår i stor grad utydelig. Henvisninger til inkluderte parter i forfattergruppen er beskrevet. Det evidensmessige grunnlaget er i moderat grad gitt rede for gjennom henvisning til effektstørrelse. Det er fremlagt søkestrenger benyttet til de ulike databasene. Det nevnes at retningslinjen er både evidensbasert og konsensusbasert, men det beskrives i liten grad hvordan det konsensusbaserte arbeidet er gjennomført og hvilke anbefalinger som stammer fra det konsensusbaserte. Det evidensbaserte fremgår som den største vektleggingen, og anbefalingsutfallene fra det evidensbaserte og det konsensusbaserte arbeidet fremstår ikke alltid like klart. Retningslinjen bærer preg av at det er lite kontekst og beskrivelser rundt anbefalingene. Anbefalingene omhandler behandlingsprogrammer hvor det med lite utdypende gis informasjon om hvilke behandlingselementer som bør benyttes/ikke benyttes. Hvorvidt retningslinjen er blitt justert på før offentlig publisering synes vanskelig å besvare da pilottesting ikke beskrives å være gjennomført.

Domain	Total
1. Scope and Purpose	11
2. Stakeholder Involvement	9
3. Rigour of Development	32
4. Clarity of Presentation	15
5. Applicability	14
6. Editorial Independence	7

### 1. Scope and Purpose

**1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 4

Hensikten med utformingen av retningslinjen er beskrevet. Målgruppene retningslinjen tar for seg nevnes. Målene med retningslinjen for øvrig beskrives delvis og upresist. I den grad det målsettinger kan tolkes er disse spredt, og det kreves at leser bruker tid på å lete i teksten, da det ikke er oppført tydelig avsnitt som omhandler dette.

## **2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 3

Det er ikke dannet helsespørsmål som besvares underveis i dokumentet, og det finnes ingen innholdsfortegnelse. Det er ikke gjort inndelinger av avsnitt i henhold til behandlingstilnæringer og klientpopulasjoner.

## **3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 4

Målgruppene for retningslinjen er identifisert, men blant anbefalingene er det upresist beskrevet rundt aldersgruppen. I en tabelloversikt er aldersgrupper passende for de ulike behandlingsprogrammene og tilnærmingene nevnt. Det beskrives flere former for stamming, og det nevnes ikke konkret hvilken av disse som setter utgangspunkt for anbefalingsformuleringene. Det kliniske vanskeområdet kan til en viss grad tilsies å være gjort rede for, men da av begrenset art. Komorbidetsmuligheter er beskrevet. Ekskluderte populasjoner er ikke nevnt.

---

## **2. Stakeholder Involvement**

### **4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 6

Det beskrives antall medlemmer i retningslinjens forfattergruppe, i tillegg til antall ekspertgrupper som har vært involvert i utviklingen. Det oppgis navn, spisskompetanse, institusjonstilhørighet til sammen alle fagpersonene, som videre tilknyttes ekspertgruppene. Medlemmene fremstår som adekvate i henhold til retningslinjens tematikk. Videre fremstår et utvalg av de nevnte fagpersonene som hovedforfattere av retningslinjen. Det er ikke gjort tydelig hvordan rollefordelingen blant ekspertgruppens medlemmer har forløpt i utviklingsprosessen. Det metodiske er blitt gjennomført av navngitt organisasjon hvor et medlem er beskrevet med navn og kompetanseområde.

### **5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 1

Dette omtales ikke.

### **6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 2

Det at retningslinjene omtales som kliniske praktiske retningslinjer kan gi noe tolkningsrom for hvem retningslinjen er ment å gjelde. Utover dette er det ikke beskrevet hvem målbrukerne av dokumentet er, hvem det ønskes å nå ut til med de foreliggende anbefalingene, og videre heller ikke hvordan retningslinjedokumentet kan benyttes.

---

### **3. Rigour of Development**

#### **7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 6

Databaser benyttet for søk er oppnevnt, og det samme er tidsperioden for gjennomføringen av søkene. Konkret beskrevet søkestrategi medfølger i vedlegg til dokumentet. Det vises til konkret søkestreng med søketermer benyttet til de ulike databasene, og vider antall treff ved hver av disse. Viser ikke til søketermer direkte tilknyttet barnehagebarn. Det vil kunne være mulig å replikere søkene.

#### **8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 6

Det er beskrevet tydelige kriterier for utvelgelse av evidens for anbefalingsformuleringene. Hvilke studiedesign som er undersøkt er også beskrevet. Publikasjonsspråk og eksklusjonskriterier er ikke nevnt. Inklusjonskriterier fremkommer også gjennom vedlagt søkestreng.

#### **9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 4

Det er ikke skrevet noe om avdekking av skjevheter i studiene som er lagt til grunn for evidenskjernen. Anbefalingsformuleringer er gjort på bakgrunn av evidens og konsensus, hvor retningslinjeinnholdet synes å ha størst vektlegging på anbefalinger ut fra evidens. Det beskrives at interessekonflikter er blitt kartlagt, og hva dette har ført til i retningslinjeutviklingen. Som nevnt ved item 8 er studiedesign inkludert i evidenskjernen beskrevet. Konsistens og retning i resultatene fra studiene som er brukt som utgangspunkt for anbefalingene er ikke diskutert eller beskrevet i ytterligere grad. Studienes metodologiske begrensninger er til en viss grad beskrevet, men vagt og det foreligger ingen diskusjon rundt dette.

#### **10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 5

Anbefalingsprosessen beskrives, og det gjøres rede for enkelte prosedyrer benyttet både i konsensus- og evidenssammenheng. Det beskrives at det også er brukt formelle sjekklister og klassifiseringsmodeller for å vurdere evidens. Hvordan gjennomføringen av prosessen

formet anbefalingene er ikke vist til gjennom tydelige begrunnelser og beskrivelser. Det kommer likevel noe frem gjennom av en tabell hva som er tatt utgangspunkt i for den enkelte av anbefalingene. Retningslinjearbeidet har resultert i fremlegging av de behandlingene med sterkest evidens, men også anbefalinger som eksplisitt beskrives å ikke være anbefalt. Det dreier seg om hvorvidt klinikere bør benytte seg av ulike behandlingstilnæringer og programmer som listes opp. Bakgrunnen for hvorfor noen av tilnærmingene ikke er anbefalt er vagt beskrevet.

### **11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 3

Støttende data og/eller rapporter om fordeler ved behandlingene, samt en form for begrunnelse for hvorfor enkelte tilnæringer ikke er å anbefale kommer til en viss grad frem ut fra effektstørrelsesgrunnlag. I sammenheng med anbefalingene er det i liten grad vist til refleksjon rundt vurderinger av fordeler, sideeffekter og risiko ved behandlingsgjennomføringene. I retningslinjeteksten vektlegges i større grad beskrivelser rundt behandlingstilnæringer som ikke er å anbefale, enn de som er å anbefale.

### **12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 4

Alle anbefalingene for barnehagebarn å tolke som evidensbaserte, med unntak av 1 som er merket som klinisk konsensusbasert. Ved mangelfullt evidensgrunnlag er dette merket. Det kommer ikke tydelig frem hvordan det konsensusbaserte arbeidet munner ut i retningslinjens innhold og anbefalinger. Det er lett å finne frem til oversikten hvor behandlingstilnærmingene og programmene tilknyttes evidensen. Det oppgis ikke kilder til anbefalingene og evidensen for øvrig i teksten. Det finnes dog kildeliste bakerst i dokumentet, men koblingen mellom anbefalingene og støttende evidens er ikke gjort eksplisitt underveis i teksten, og fremstår dermed som vag.

### **13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 3

En spesifikk organisasjon med ett medlems navn og kompetanseområde er oppgitt som modererende og rådgivende part for retningslinjeutforming. Hvilken rolle medlemmet har i prosessen fremgår ikke helt tydelig, så det kan ikke med sikkerhet sies at arbeidet har blitt gjennomført eksternt. Det nevnes at flere fra organisasjonen har bidratt, men det beskrives ikke hvem. Det beskrives når i prosessen arbeidet er blitt gjennomført, og til en viss utstrekning form for arbeid, og antall gjennomføringer. Det er ikke spesifisert ytterligere innhold i hvordan evalueringene har foregått. Hvordan evalueringene har påvirket retningslinjen i etterkant er ikke beskrevet. Det er ikke gitt begrunnelse for valget av organisasjon og medlem for evalueringsgjennomføring.

#### **14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 1

Dette omtales ikke.

---

### **4. Clarity of Presentation**

#### **15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 4

Anbefalingene rundt kartlegging av stamming hos aktuell aldersgruppe vises tydelig gjennom beskrivelse av kartleggingsverktøy som er tiltenkt aldersgruppen, hva som bør kartlegges og hvem som bør gjennomføre de ulike kartleggingene. Det vises til 11 behandlingsprogrammer og tilnærminger. Hovedkomponenter i anbefalingsgjennomføringen kommer frem til en viss grad, men formålene ved disse fremkommer i liten grad. Det er tydeliggjort hvem de ulike anbefalingene gjelder for med beskrivelse av aldersgruppe. Ved enkelte av anbefalingene fremstår det utydelig hvorvidt de er å anbefale til klinisk bruk, eller ikke.

#### **16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 4

Alternativer innen kartleggings og behandling er tydelig anbefalt. Det kommer frem hva som bør gjøres ved enkelte tilfeller av tilleggsfaktorer ved stammingen. Som nevnt i item 15 fremkommer aldersbeskrivelser til anbefalingene. Når behandlingsoalternativene bør benyttes til hvilken klinisk situasjon, fremkommer ikke tydelig.

#### **17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 7

Hovedanbefalingene er svært lette å finne, og er plassert både i en oversiktlig tabell, og i en oppsummerende boks. Anbefalingene speiler hovedbudskapet i teksten.

---

### **5. Applicability**

#### **18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.**

Rating: 5

Mulige tilrettelegginger i tilknytning til spesifikke faktorer beskrives. Tilpasninger beskrives ut fra en spesifikk formell helsemodell. Hvordan kliniker bør imøtekomme faktorer som opptrer i sammenheng med stamming er også beskrevet. Barrierer underveis i

behandlingen nevnes noe, og hvordan å imøtekomme dette praktisk er beskrevet.

**19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.**

Rating: 2

Anvendbarheten til praktisk kontekst vil kunne være begrenset da det ikke utdypes ytterligere hvordan å gjennomføre behandlingen klinisk. Som nevnt i item 18 er enkelte praktiske barrierer i behandlingsøyemed nevnt, og hvordan praktisk løse dette. Utover dette er det ikke utformet egne dokumenter eller avsnitt som gir praktisk innføring i gjennomføring av anbefalingene. Det er ikke vist til at det er gjennomført pilottesting rundt anbefalingene.

**20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 1

Det beskrives hvilke personer som bør gjennomføre de nevnte kartleggingselementene, men utover dette omtales ikke ressursimplikasjoner.

**21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 6

Det er beskrevet hvordan kartlegging av stamming bør foregå, og hvilke kriterier som ligger til grunn for behandlingsoppstart. Antall behandlingssesjoner og når progresjon bør være synlig beskrives. Hvordan å kartlegge innvirkningen av igangsatt tilnærming beskrives gjennom hvordan å måle bedring i stammingen. Det er ingen identifisering av kriterier for å vurdere retningslinjeimplementeringen eller etterlevelse av anbefalingene

---

## **6. Editorial Independence**

**22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 1

Dette omtales ikke.

**23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.**

Rating: 6

En kartlegging av forfattergruppens eventuelle interessekonflikter beskrives å være gjennomført, og at videre retningslinjeutvikling ble utført med ekskludering av disse. Det beskrives ikke Metode for interessedeclarasjonen er ikke beskrevet, ei heller beskrivelse

rundt konkurrerende interesser og hvordan dette kan ha påvirket retningslinjeprosessen ytterligere.

---

Created online at [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org) 22 May 2021

## Vedlegg 4: Analyse av Maltas retningslinjer



# AGREE II

**A critical appraisal of:  
Maltas retningslinje: Fluency Disorders  
Policy (pre-school children care)  
using the AGREE II Instrument**

Created with the AGREE II Online Guideline Appraisal Tool.

No endorsement of the content of this document by the AGREE Research Trust should be implied.

Appraiser: Trude Beseth Nordeide

Date: 22 May 2021

URL of this appraisal: <http://www.agreetrust.org/appraisal/81014>

Guideline URL:

---

### Overall Assessment

Title: Maltas retningslinje: Fluency Disorders Policy (pre-school children care)

Overall quality of this guideline: 3/7



Guideline recommended for use? No.

Notes:

Retningslinjen inneholder få praktiske innføringer, men beskriver praktiske gjennomføringselementer i enkelte tilfeller. Metodedel med evidensgrunnlag følger ikke i retningslinjen, men hyppige kildehenvisninger og referanseliste er fremlagt. Klientpopulasjonens stemmer ikke er en del av utviklingsprosessen, og det fremgår også utfordrende å forstå hvorvidt dokumentet tjener en prosedyrisk eller veiledende implikering av anbefalingene til klinikerne. Anbefalingene til barnehagebarn er lagt frem gjennom generelle tilnærminger til behandlingsutøvelse, og tar ikke sikte på konkrete behandlingsprogrammer. Finansiering og hvilke personer som har vært involvert i utviklingsprosessen fremstår uklart. Hvorvidt retningslinjen er blitt justert på før offentlig publisering synes vanskelig å besvare da pilottesting ikke beskrives å være gjennomført.

Domain	Total
1. Scope and Purpose	20
2. Stakeholder Involvement	9
3. Rigour of Development	10
4. Clarity of Presentation	10
5. Applicability	10
6. Editorial Independence	2

## 1. Scope and Purpose

### 1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.

Rating: 7

Hensikten med retningslinjen er beskrevet, tillegg til å formidle hva ønsket mål med bruk av retningslinjen er og hvilke utfall bruken kan gi. Det er beskrevet tydelig både hvem retningslinjen er skrevet for, og hvilke klientpopulasjoner og aldersgrupper som omtales.

### 2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.

Rating: 7

Det er dannet innholdsregister som gir god oversikt over retningslinjens tematikk med tydelige avsnittsinndelinger. Det er i alt tydelig for leser hvilke kliniske kontekster retningslinjen omhandler.

### 3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.

Rating: 6

Som nevnt i item 1 er klientpopulasjonene beskrevet, men alder beskrives ikke. Det finnes egne avsnitt for kartlegging og behandling av barnehagebarn, noe som gjør det enkelt å finne informasjon av relevans. Komorbiditeter ved stamming beskrives.

---

## **2. Stakeholder Involvement**

### **4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 2

Organisasjoner og foreninger som har vært involvert i retningslinjeutformingen er navngitt. En viss form for rolleinndeling er nevnt, uten ytterligere beskrivelser av arbeidsfordeling. Ingen medlemmer er beskrevet.

### **5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 1

Dette omtales ikke.

### **6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 6

Som nevnt i item 1 er det tydelig beskrevet hvilken brukergruppe retningslinjen er utformet til, og det fremstår relevant i henhold til fagområdet retningslinjen tar for seg. Det er beskrevet hvordan målbrukerne kan bruke retningslinjen, men det benyttes ulike begreper som kan ha ulik betydning for hvordan retningslinjen bør forstås. Bruken av innholdet av den intenderte målgruppen fremstår dermed noe tvetydig.

---

## **3. Rigour of Development**

### **7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 1

Dette omtales ikke.

### **8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 1

Dette omtales ikke.

## **9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 2

Retningslinjen beskriver ingen metoder som er underliggende for anbefalingene/prosedylene (benytter her begge begrepene da retningslinjen også benytter begge). Studiedesign, risiko for skjevheter i studier, retning i resultatene studiene viser og vektlegging av fordeler og ulemper ved disse er ikke omtalt. Det er styrkende at det kildehenvises underveis i teksten, og at kildene kan gjenfinnes i en utfyllende kildeliste bak i dokumentet. Hvordan prosessen rundt evidensfremletning og dens påvirkning på de anbefalingene som fremkommer i retningslinjens innhold er utfordrende å avlese.

## **10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 1

Dette omtales ikke.

## **11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 1

Dette beskrives vagt fordeler med å kartlegge stamming, men dette støttes ikke av data eller kildehenvisning.

## **12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 1

Dette omtales ikke.

## **13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 1

Dette omtales ikke.

## **14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 2

Det konstateres at dokumentet bør reevalueres. Det er ikke oppgitt tidsintervall eller kriterier som veileder avgjørelser om når en oppdatering vil finnes sted, men det beskrives konkret hvilket årstall neste revidering vil forekomme. Metodologi for oppdateringsprosedyre, eller beskrivelser av hvorfor revidering vil kunne være nødvendig er ikke rapportert.

---

## 4. Clarity of Presentation

### 15. The recommendations are specific and unambiguous.

Rating: 4

Anbefalinger/prosedyrer rundt kartlegging er gitt, med noe beskrivelser av formål. Anbefalinger/prosedyrer rundt generelle behandlingstilnærminger beskrives. Det beskrives kort hva innholdet i disse er, men formålene fremgår ikke tydelig. Relevante populasjoner tilhørende anbefalingene beskrives. Det beskrives 2 behandlingstilnærminger for barnehagebarn.

### 16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.

Rating: 3

Det beskrives mange sider av stammingen som bør inngå i kartleggingen, samt beskrivelse av ett konkret kartleggingsverktøy. Det nevnes diverse tilnærminger til stammebehandling på generelt grunnlag. Hvorvidt disse fremgår som alternative eller komplementerende til hverandre beskrives ikke. Hvordan behandlingene skal vurderes som passende til det enkelte individ beskrives ikke.

### 17. Key recommendations are easily identifiable.

Rating: 3

Nøkkelanbefalingene er ikke samlet og oppsummert utover det som står i selve dokumentteksten. Likevel er anbefalingene/prosedyrerne oversiktlige, og det kreves lite tid for leser å finne frem til informasjon rundt barnehagebarn og medfølgende anbefalinger/prosedyrer av relevans.

---

## 5. Applicability

### 18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.

Rating: 4

Retningslinjen beskriver noen tilrettelegginger i henhold til spesifikke faktorer og tilstander hos klient og miljø. Barrierer beskrives ikke. Metoder og bakgrunn benyttet for å finne frem til tilretteleggingene er ikke oppgitt.

### 19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.

Rating: 2

Retningslinjen innebærer enkelte prinsipper for behandlingsgjennomføring som beskrives kort og konsist til praktisk bruk. Ellers er det ingen praktiske overføringer av anbefalingene som gis i dokumentene, og ingen henvisninger til tilleggende dokumenter eller annet ressursverktøy til bruk for ytterligere praktiske innføringer. Det er ikke vist til pilottesting av de nedfelte anbefalingene.

**20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 1

Dette omtales ikke.

**21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 3

Det vises til et flytskjema av hele behandlingssprosessen som tar for seg henvisning, kartlegging, behandling og avslutning i overordnede, korte trekk. Her vises det til at kartlegging underveis i behandlingen skal finne sted, og korte beskrivelser av hvordan følge klientens progresjon underveis, men ingen tidsaspekt. Råd om frekvens og målingsintervall i behandlingen beskrives ikke utover beskrevne kartleggingselementer. Det er ingen identifisering av kriterier for å vurdere retningslinjeimplementeringen eller etterlevelse av anbefalingene

---

## **6. Editorial Independence**

**22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 1

Dette omtales ikke.

**23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.**

Rating: 1

Dette omtales ikke.

---

Created online at [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org) 22 May 2021