



Mennesker, der stammer

Indsatser for målgruppen

Aktuel viden til udvikling og planlægning af
den kommunale indsats

Publikationen er udgivet af

Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C.
Tlf.: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
Spørgsmål og kommentarer er velkomne.

Forfatter: Per Fabæch Knudsen, Socialstyrelsen.

Første version udgivet 01-12-2014.

Download notatet på <http://shop.socialstyrelsen.dk/>

Der kan frit citeres fra vidensnotatet med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-93277-14-4

Indholdsfortegnelse

Viden til gavn	4
Indledning	5
Om vidensnotatet	5
Mennesker, der stammer	6
Om stammen	6
Beskrivelse af målgruppen	7
Den aktuelle udvikling blandt mennesker med stammen	9
Indsatser	10
Indsatser og effekt af indsatser over for stammen	12
Indsatser over for børn	14
Indsatser over for større børn, unge og voksne	16
Dokumentation på stammeområdet	18
Implementering af indsatser	20
Drivkræfter for implementering	20
Faktorer, der påvirker implementeringen	22
Implementeringsstrategier	24
Økonomi	26
Kommunale udgifter til stammebehandling	26
Cost-effectiveness-analyser	26
Cost-benefit-analyser	26
Initiativer på stammeområdet	27
Referenceliste	28

Viden til gavn

Der er omkring 40.000 børn, unge og voksne i Danmark, der stammer. Der er stor forskel på, hvor meget den enkelte person stammer, og hvor stort et problem det er. De fleste klarer deres hverdag med de begrænsninger, det giver, når kommunikationsevnen ikke er optimal. Men en del har store sociale udfordringer på grund af deres nedsatte kommunikationsevne, hvilket ofte afholder dem fra at indgå i socialt samvær. Derfor er tidlig indsats vigtig, ligesom det er vigtigt at understøtte deltagelse i det sociale fællesskab.

Som samfund bruger vi mange penge på indsatser for borgere på social-, undervisnings- og specialundervisningsområdet. Målet er at skabe reelle fremskridt for den enkelte borger med funktionsnedsættelser. Det kræver solid viden om, hvad der virker, hvorfor det virker, og hvordan det virker. Desværre er viden om effektive indsatser begrænset og til tider svært tilgængelig. For kommunerne kan det derfor være svært at prioritere de rette indsatser til børn, unge og voksne med funktionsnedsættelser.

Dette notat giver en kort oversigt over aktuel viden om mennesker, der stammer, og om indsatser over for denne gruppe. Formålet med notatet er at bidrage til kommunernes planlægning og udvikling af indsatser på området.

Stammen er en talelidelse, der kan udvikle sig til et kommunikationsproblem og et alvorligt socialt handicap, hvis ikke der tages hånd om det i tide. Stammen begynder almindeligvis i 3-4 års alderen. Mange holder hurtigt op med at stamme igen, men for nogle bliver stammen en livslang udfordring. Forskning viser, at tidlig indsats kan forebygge, at stammen udvikler sig til et alvorligt problem. Notatet indgår i en række af notater fra Socialstyrelsen om målgrupperne for den kommunale sociale og specialpædagogiske indsats. Ledere og andre centralt placerede medarbejdere fra Glostrup og Gladsaxe kommuner, fra Center for Kommunikation og Handicap i Aarhus og Taleinstituttet i Aalborg, fra Undervisningsministeriet, fra Stammeforeningen i Danmark og fra Uppsala Universitet i Sverige har bidraget med kommentarer, kritik og konkrete ændringsforslag. En stor tak til disse interessenter for værdifulde bidrag.

Det er mit håb, at notatet vil give kommunerne mulighed for at træffe beslutninger om valg af indsatser over for mennesker med stammen på et informeret og velkvalificeret grundlag.

God læselyst!

Knud Aarup
Direktør for Socialstyrelsen

Indledning

I dette notat beskrives aktuel viden om indsatser, der virker i forhold til mennesker, der stammer. Notatet retter sig især mod forvaltning, kommunale mellemledere, skoleledelse og PPR, der arbejder med at planlægge og udvikle den undervisnings-/specialundervisningsmæssige og sociale indsats over for målgruppen. Notatet vil også kunne bruges på professionshøjskolernes diplomuddannelse i logopædi og på universiteternes logopædiuddannelser.

Notatet er opdelt i en række afsnit:

- *Mennesker, der stammer*
Her præsenteres viden om målgruppens omfang og karakteristika.
- *Indsatser, der virker*
Her præsenteres den aktuelle status for forskningsbaseret viden om indsatser med dokumenteret effekt.
- *Implementering af indsatser*
Her beskrives de væsentligste forhold, som ifølge forskningen påvirker implementeringen af nye indsatser på området.
- *Økonomi*
Her præsenteres viden om økonomiske udgifter og omkostninger på området.
- *Initiativer på området*
Her præsenteres Socialstyrelsens initiativer på området.
- *Referenceliste*
Små tal i notatets tekst henviser til denne liste over anvendt litteratur. Listen gør det muligt at opsoge yderligere viden. Bemærk, at tallene udelukkende henviser til litteratur og ikke til uddybende forklaringer.

Om vidensnotatet

I vidensnotatet præsenteres et udvalg af den aktuelt tilgængelige forskningsbaserede viden om mennesker med stammen og om indsatser over for denne gruppe. Socialstyrelsen fokuserer på viden, der svarer på centrale spørgsmål, som stilles på det sociale, det undervisningsmæssige og det specialundervisningsmæssige område. Det kan være spørgsmål om en målgruppe, metoder/indsatser, deres effekt og økonomi, og om hvordan man implementerer dem.

Vidensnotatet er ikke en egentlig systematisk forskningsoversigt, men er baseret på en systematisk søgning efter litteratur primært fra perioden 2005 og frem til i dag i nationale, nordiske og internationale databaser. Blandt den tilgængelige viden har vi udvalgt viden med det bedst mulige undersøgelsesdesign i forhold til den målgruppe og de indsatser, som undersøges. Notatet er kvalitetssikret af en uafhængig forsker.

Vidensnotatet opdateres hvert tredje år.

Mennesker, der stammer

Om stammen

Stammen er en talelidelse, hvor personen i det givne øjeblik ikke er i stand til at bevæge sig fremad i talen. Symptomerne på stammen er gentagelser, forlængelser og blokeringer af lyd, stavelser og ord. Med tiden udvikles ofte sekundære symptomer som medbevægelser af hoved, hænder, arme og ben og grimasser samt afledte konsekvenser som skam- og skyldfølelse og manglende selvværd. De sekundære symptomer bliver for mange en betydelig del af deres stammemønster. Stammen kan uden den rette indsats udvikle sig til et alvorligt kommunikationshandicap og socialt problem for den enkelte. Stammen har to dimensioner:

- Selve den hørbare afbrydelse af talestrømmen i form af gentagelser, forlængelser og blokeringer.
- De afledte konsekvenser af de hørbare taleafbrydelser, for eksempel i form af medbevægelser (for at få ordene frem), frygt for talesituationer, undgåelse af situationer, angst og sociale konsekvenser (social angst, social fobi).

For de fleste større børn, unge og voksne der stammer, fremstår de afledte konsekvenser af de hørbare taleafbrydelser som det umiddelbart største problem.

Stammen menes at være forårsaget af forskellige faktorer: Arvelige, biologiske, talesproglige og psykosociale. Dynamikken mellem disse faktorer og individets samspil med omgivelserne har betydning for, hvordan stammen udvikles og fremtræder hos den enkelte, og hvordan den enkeltes liv påvirkes af stammen.

Omfanget af mennesker med stammen

Nyere international forskning tyder på, at op imod 8 % af alle mennesker på et eller andet tidspunkt i deres liv har stammet¹. Hidtil har man ment, at det var 4-5 %. Omkring 0,72 % af befolkningen i den vestlige verden stammer². Det betyder, at der i dag er ca. 40.000 mennesker i Danmark, der stammer. Heraf anslås halvdelen at være børn og unge mellem 2 og 18 år.

I en kommune af medianstørrelse (43.300 indbyggere) anslås der gennemsnitligt at være 160 børn mellem 2 og 18 år og 160 voksne over 18 år med stammen.

Der er flere drenge end piger med stammen. Kønsforskellen er mindre, jo yngre barnet er. Dreng/pigeforholdet er omkring 2:1 hos børn. Hos voksne er kønsforskellen 4:1 eller højere³.

Beskrivelse af målgruppen

Der er mennesker med stammen i alle aldersgrupper. Stammen har forskellig fremtoning, betydning og konsekvenser for den enkelte alt efter aldersgruppe.

2-5-årige børn

- Stammen begynder oftest i 2-5-års-alderen, med en gennemsnitlig alder på 3½ år⁴.
- Stammen hos små børn er karakteriseret ved gentagelser, ofte mange gentagelser, af lyd, stavelser og ord, og hos mange børn også forlængelser og blokeringer⁵.
- 40-50 % af børn, der begynder at stamme, begynder at stamme pludseligt⁶.
- Stammen er oftest episodisk. Det vil sige, at stammen kan være mere udpræget nogle dage, mens den kan være helt væk i perioder⁷.
- Denne aldersgruppe udviser ofte kun lidt eller slet ingen tegn på bekymring om stammen. Det betyder ikke, at børnene ikke kan have en bevidsthed om, at de stammer, og give udtryk for frustration, når de ikke kan få ordene frem, men dette er som regel kortvarigt og sporadisk⁸.

6-12-årige børn

- Stammen hos børn i denne aldersgruppe er ofte kendetegnet ved mere anstrengte gentagelser, forlængelser og blokeringer. Hos nogle kan der observeres større spændinger i hals og krop samt medbevægelser af for eksempel hoved, arme og ben. Disse symptomer kan også ses hos børn helt ned til 2-3-års-alderen⁹.
- Børn i denne aldersgruppe oplever ofte sig selv som en, der stammer¹⁰. På trods af den større bevidsthed om stammen, udviser børn i denne aldersgruppe ligesom de mindre børn sjældent den store bekymring for stammen. Men de kan give udtryk for frustration, når de sidder fast i blokeringer¹¹.
- Mange af de største børn i denne aldersgruppe oplever at have problemer med at kommunikere i forskellige situationer. Det kan føre til, at de undgår bestemte ord, mennesker og situationer¹², hvilket gradvist kan føre til en mere generel frygt for at komme til at stamme.

Større børn og unge

- For større børn og unge fylder stammen en stor del af deres bevidsthed. Der er en større frygt for negativ vurdering fra omgivelserne, og større børn og unge, der stammer, er i større risiko for at udvikle angst i forskellige former, herunder social angst¹³.
- Stammen hos større børn og unge er karakteriseret ved mere anstrengte og anspændte stammesymptomer, for eksempel forlængelser og lydlige eller lydløse blokeringer. Stammen er her ofte forbundet med megen kamp for at tale, og med alderen anvender barnet og den unge stadig oftere forskellige strategier til at undgå stammen¹⁴.
- Stammen hos større børn og unge er karakteriseret ved, at stammens psykologiske overbygning gradvis kan blive et større problem end selve de hørbare stammesymptomer. Den psykologiske overbygning er en generel frygt for at komme til at stamme – med alt hvad det indebærer af fokus på undgåelse af stammen, mindre selvværd og skam- og skyldfølelser¹⁵.
- På trods af at stammen påvirker barnet og den unge, synes det ikke generelt at påvirke uddannelsesniveaut for den enkelte. Der er lidt flere unge, der falder ud af uddannelsessystemet, men som gruppe er der ingen tegn på, at unge, der stammer, opnår et signifikant ringere uddannelsesniveau end andre unge¹⁶.

Voksne

- Hos voksne ses de forskellige stammesymptomer i forskellige variationer og sværhedsgrader. Stammen er ofte forbundet med megen kamp for at tale. Mange forsøger derfor at undgå kommunikationskrævende situationer¹⁷.
- Nogle voksne er i stand til at skjule deres stammesymptomer, så deres omgivelser ikke opdager, at de stammer. De voksne, der skjuler eller ”maskerer” deres stammen, binder store mængder psykisk energi i deres bestræbelser på at undgå at stamme. De har næsten hele tiden en følelse af og en frygt for at være på grænsen til at stamme. Derfor trækker de sig ofte fra sociale situationer, hvor de skal kommunikere¹⁸.
- En stor del voksne med stammen har i højere grad end voksne, der ikke stammer, psykologiske problemer af forskellig karakter og sværhedsgrad. Forskellige undersøgelser viser, at voksne, der stammer, har en højere grad af psykologisk ubehag (distress)¹⁹, og at mange har egentlig social angst^{20,21}, der i visse tilfælde kan udvikle sig til social fobi²².

- Den psykologiske overbygning på stammen har betydning for den enkelte voksnes oplevede livskvalitet med hensyn til parametre som energiniveau (vitality), social funktion samt følelsesmæssigt og mentalt velbefindende²³.
- Stammen kan have indflydelse på den enkeltes beskæftigelsesmuligheder, viser både en ældre dansk undersøgelse²⁴ og nyere australsk forskning²⁵. En del har oplevet afvisning på grund af deres stammen. Eller de har oplevet fordomme om deres evne til at bestride jobs. Eller de har oplevet manglende muligheder for advancement i den virksomhed, de er blevet ansat i.

Ældre (60+)

- Ældre mennesker udviser ifølge en australsk undersøgelse det samme brede spekter af stammeadfærd, som gør sig gældende hos voksne. Mængden af stammesymptomerne er generelt lidt mindre hos de ældre, men nogle ældre oplever dog at stamme mere²⁶.
- Den samme undersøgelse viser, at ældre mennesker, der stammer, ligesom de yngre aldersgrupper har en frygt for negativ vurdering fra andre. Derfor er de oftere mere tilbageholdende med at kommunikere i sociale sammenhænge (social angst)²⁷. De oplever derfor også, at de begrænser sig selv i deltagelse i sociale aktiviteter²⁸.

Det er undersøgelser fra USA, Australien og England, der er anvendt ovenfor til beskrivelse af målgruppen af mennesker, der stammer. Det kan ikke udelukkes, at kulturelle og sociale faktorer i disse lande har haft betydning for undersøgelsesresultaterne, især med hensyn til større børn og unge, voksne og ældre. Desuden er nogle af undersøgelserne baseret på et begrænset datagrundlag. Det er derfor usikkert, om resultaterne af de forskellige undersøgelser ukritisk kan overføres til danske forhold.

Den aktuelle udvikling for mennesker med stammen

Aktuel international forskning tyder på, at der i dag er færre, der stammer, end tidligere. Det er dog uklart, om det skyldes bedre undersøgelsesmetoder eller ændrede kriterier for vurdering af stammen, eller om der er tale om en reel udvikling, der kan tilskrives fokus på tidlig indsats og bedre forebyggelses- og behandlingsmetoder.

Indsatser

Indsatser over for børn, unge og voksne med stammen er en kommunal opgave. Afhængigt af alder er der forskellige institutioner, der tilbyder hjælp baseret på forskellig lovgivning.

Børn i førskolealderen

Børn i førskolealderen tilbydes specialpædagogisk bistand, hvis barnets udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte. Hjælpen ydes af Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) i kommunen – enkelte steder også af taleinstitut/kommunikationscenter – og forældre kan henvende sig direkte til PPR.

Typiske indsatser for førskolebørn er en vurdering af barnets stammen gennem observation af barnet, samtale med forældre og eventuelt barnets daginstitutionspersonale. Vurderes det, at barnet har behov for logopædisk (talepædagogisk) bistand, vil det almindeligvis være sådan, at forældre og eventuelt daginstitutionspersonale tilbydes vejledning i, hvordan de kan hjælpe og støtte barnet. I nogle tilfælde kan logopæden også vælge at arbejde direkte med barnet i legepræget form.

Børn og unge i skolealderen

Børn og unge i skolealderen kan modtage taleundervisning inden for rammerne af den almindelige undervisning. Det kan i grundskolen ske som led i den understøttende undervisning eller ved undervisning på et mindre hold som led i holddannelse. Taleundervisningen kan også gives i form af 'supplerende undervisning' uden for den almindelige undervisningstid. Undervisningen gives oftest af en logopæd, der er tilknyttet den enkeltes skole. Det er skolelederen, der træffer beslutning om tildeling af supplerende undervisning. Det sker på baggrund af en skønsmæssig faglig vurdering og i samråd med elev og forældre. Skolelederen kan inddrage PPR, ligesom forældrene kan anmode skolelederen om at inddrage PPR.

Typiske indsatser rettet mod børn og unge i skolealderen er taleundervisning hos skolens logopæd suppleret med vejledning. Vejledningen gives til barnets forældre og eventuelt lærere og pædagoger, og den handler om, hvordan de mest hensigtsmæssigt kan støtte barnet. Nogle steder kan der også henvises til andre kommunale/regionale tilbud. Undervisningen vil oftest være individuel, men undervisning i gruppe praktiseres flere steder. Undervisningen kan bestå i identifikation af stammen, taletræning og samtaler om, hvad stammen betyder for den enkelte.

Unge og voksne

Tilbud til voksne og til unge over den undervisningspligtige alder udføres af kommunikationscentre, taleinstitutter eller specialundervisningsinstitutioner. Institutionerne kan være kommunale eller regionale. I nogle kommuner varetages stammebehandling af unge og voksne i samme regi og af de samme logopæder, der varetager stammebehandling af børn.

For unge og voksne bliver stammebehandling som oftest givet som individuelt tilbud hos logopæden. Men stammebehandling kan nogle steder også tilbydes som gruppeundervisning, og i nogle tilfælde tilbydes en tværfaglig indsats, som inddrager psykologisk og/eller fysioterapeutisk behandling. For voksnes vedkommende arbejdes der med identifikation af stammen, forskellige taleteknikker og samtaler om, hvilke konsekvenser stammen har for den enkelte.

Ældre

Der er ikke specifikke tilbud til ældre. I det omfang ældre søger hjælp til arbejdet med deres stammen, foregår det under samme lovgivning og i samme regi som behandling til voksne.

Stammen og lovgivning

Tilbud til børn, unge og voksne, der stammer, gives overvejende efter følgende lovgivning:

- Lov om Folkeskolen
- Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand
- Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen
- Bekendtgørelse af lov om specialundervisning for voksne.

Der er ingen specifik indgang til stammeområdet i Lov om social service. I det omfang serviceloven kan være relevant for mennesker, der stammer, gives relevante tilbud om støtte efter de generelle bestemmelser på henholdsvis børne- og voksenområdet.

For så vidt angår støtte på sundheds- og/eller beskæftigelsesområdet, er der heller ikke bestemmelser, der knytter sig specifikt til stammen, og eventuel relevant støtte gives ligeledes efter de generelle bestemmelser i lovgivningen.

Indsatser og effekt af indsatser over for stammen

Overordnet set er der to forskellige måder at arbejde med stammen på. Begge er evidensbaserede, dog på hver sin måde²⁹. Og begge kan tilbydes i deres "rene former" eller i forskellige kombinationer med hinanden. De to tilgange er 'Stuttering Modification' og 'Fluency Shaping'.

- Stuttering Modification har til formål at normalisere den stammendes reaktioner på stammehændelser (stutter event).
- Fluency Shaping har til formål at reducere eller eliminere forekomsten af stammehændelser³⁰.

Stuttering Modification

Stuttering Modification er oprindeligt baseret på forskning i stammehændelser i talen hos voksne. Denne forskning ledte til et tvedelt syn på selve stammehændelsen: For det første den enkeltes erfaring med eller forventning om brud i den flydende tale, og for det andet hans eller hendes reaktion på disse brud i talen³¹. Baseret på dette syn og en senere teori om, at bruddene i talen var forårsaget af "nedbrud" i det talemotoriske system, blev Stuttering Modification udviklet med henblik på at lære unge og voksne at udforske og modificere deres reaktioner på bruddene i deres tale.

Stuttering Modification består grundlæggende af fire faser: *Identifikation, hærkning, modifikation og stabilisering*. Målet er, at den stammende person skal blive i stand til at sige det, han vil, når han vil, til hvem han vil, uden at tænke over, hvordan han siger det. Det er altså den kommunikative dimension, det psykologiske velbefindende og den sociale interaktion, der er i fokus – ikke nødvendigvis flydende tale.

Der findes ikke mange effektundersøgelser af behandling udført efter Stuttering Modification-tilgangen. Det skyldes, at de forskere og behandlere, der udviklede Stuttering Modification, ikke var optagede af at udvikle procedurer til måling af udbytte af behandling. De mente ikke, det var relevant at opgøre behandling i stammefrekvensmålinger³².

Tilgangen er udbredt i store dele af verden. Den har vist sit værd som behandling, ikke gennem kontrollerede forsøg, men igennem beretninger og erfaringer formidlet i faglitteraturen igennem de sidste 50-60 år. Og som bekræftet inspirationskilde og element i flere forskellige tilbud, der er udviklet i de senere år, for eksempel "ISTAR Comprehensive Stuttering Program"³³ (se nedenfor).

Fluency Shaping

Hovedinteressen i *Fluency Shaping* ligger på behandlingsprocessen og udbyttet af behandling. Vægten i udviklingen af *Fluency Shaping* har ligget på udvikling af målemetoder, hvor stammefrekvens bliver optalt, og hvor mængden af stammefrekvenser afgør, om behandling har været en succes eller ej. Behandlingsmålet er klart: stamme-fri tale, der lyder naturligt³⁴. Men *Fluency Shaping* kan også bruges med det mål at opnå en lettere tale, hvor der stadig er hørbar stammen tilbage.

Fluency Shaping består af forskellige stammebehandlingsteknikker som for eksempel prolonged speech og time-out, der har til mål at mindske eller eliminere stammen og skabe flydende tale, der lyder naturligt.

Prolonged speech dækker over forskellige teknikker, herunder forlængelse af talesegmenter, forlængelse af fonation, easy onset og langsomme talebevægelser. Effekten af disse teknikker er blevet undersøgt i flere forskellige studier på børn, unge og voksne fra 7 til 58 år, og teknikkerne har vist en positiv effekt, både ved behandlingsafslutning og ved opfølgning mindst seks måneder efter behandling³⁵.

Time-out er en teknik, hvor personen efter hver stammesekvens stopper med at sige noget i en kort periode. Efter en kort pause genoptager han eller hun konversationen, indtil en ny stammesekvens opstår. Metoden kan anvendes som en del af et behandlingsforløb. *Time-out* kan have en effekt hos nogle, især hvis det kombineres med andre fluency-skabende teknikker³⁶.

Fluency Shaping har især været udbredt i Australien og USA, i mindre omfang i Europa. *Fluency Shaping* har dannet grundlag for flere behandlingstilbud, der udelukkende har arbejdet med *Fluency Shaping*-teknikker. Derudover er det brugt som element i flere forskellige behandlingstilbud, der kombinerer *Fluency Shaping* med *Stuttering Modification*³⁷.

Kombination af tilgange

Stammebehandling i Danmark og de andre skandinaviske lande har i høj grad været inspireret af *Stuttering Modification* siden 1960'erne. I de seneste 15-20 år har også *Fluency Shaping* inspireret danske logopæder, og både i Danmark og internationalt ses forskellige kombinationer af de to tilgange. Dette skyldes, at der ikke findes en universel metode, der kan hjælpe alle, der stammer. I stedet er opfattelsen, at behandling af stammen må tage udgangspunkt i den enkeltes individuelle hørbare/ synlige stammesymptomer, stammeadfærd og stammens skjulte sider og tilpasse behandlingen efter den enkeltes behov³⁸. Et middel til dette er at foretage en grundig udredning og have en bred viden om og erfaring med tilgange og forskellige behandlingsformer og -teknikker, som kan tilpasses den enkelte klient.

Indsatser over for børn

Demands and Capacities

Demands and Capacities har elementer af både Stuttering Modification og Fluency Shaping, men hælder mest i retning af Stuttering Modification. Demands and Capacities retter sig mod børn fra 2 til cirka 6 år og består af individuelle tilbud og gruppetilbud til barn og forældre. Demands and Capacities er udviklet i USA i 1980'erne og bygger på den hypotese, at stammen opstår, når kravene til det lille barns flydende tale overstiger barnets kapacitet for at tale flydende. Både krav og kapacitet skal ses i fire dimensioner: *Motorisk, emotionelt, lingvistisk og kognitivt*. Behandlingens formål er at mindske kravene til flydende tale og forøge barnets kapacitet for flydende tale³⁹.

Behandlingen retter sig både mod barnet og barnets forældre. Forældrene lærer at tale langsommere og give barnet mere tid til at tale for at reducere kravene til barnets talemotorik og ikke udsætte barnet for tidspres. I behandling af barnet er logopæden talemotorik model for barnet, blandt andet ved at tale meget langsomt, bruge helords- eller frasegentagelser og forstærke den flydende tale ved hjælp af ros eller belønning⁴⁰.

Effekt og dokumentation

Demands and Capacities-behandlingens ophavsmænd har i to studier dokumenteret effekten gennem direkte vurdering af barnets stammen, subjektive interview med barnets forældre og aflytning af båndoptagelser med barnet og den ene forælder med bestemte intervaller i op til to år efter behandlingens afslutning. I den ene var den gennemsnitlige behandlingstid 12 sessioner⁴¹, i den anden var den 13,7 sessioner⁴². 96 % af børnene blev vurderet til at have normal flydende tale⁴³. Der var ingen kontrolgruppe tilknyttet studierne.

Et andet studie – et pilotstudie med 30 børn og forældre – har sammenlignet effekten af Demands and Capacities-behandling med effekten af Lidcombe-behandling (se nedenfor) efter et forløb over 12 uger. Børnene og forældrene blev tilfældigt fordelt mellem de to behandlingsformer. Begge behandlingsformer resulterede i signifikant mindskelse af stammefrekvens og sværhedsgrad, og konklusionen var, at der ingen signifikante forskelle var i resultatet af de to behandlingsformer, hverken med hensyn til effekt af behandling eller forældrenes tilfredshed⁴⁴.

Family-focused treatment

Family-focused treatment har også elementer af både Stuttering Modification og Fluency Shaping. Behandlingen er ligeledes rettet mod børn mellem to og seks år og er udviklet i USA. Family-focused treatment er inspireret af andre tilbud målrettet små børn, herunder Demands and Capacities, men er videreudviklet i forhold til disse. Målet for behandlingen er, at barnet skal forbedre sin flydende tale, samtidig med at barnet udvikler en sund holdning til kommunikation og opnår gode kommunikative evner. Behandlingen består af en del rettet mod forældre og en del rettet mod børn. Family-focused treatment vægter primært forældredelen, så forældrene kan lære om stammen og blive en god støtte for barnet. Kun hvis der er behov for det, tilbydes direkte indsats med barnet⁴⁵.

Effekt og dokumentation

Family-focused treatments ophavsmænd har opgjort effekten på 17 børn og deres forældre, der er blevet tilbudt Family-focused treatment. Effekten er opgjort lige efter afslutning af behandling og ved opfølgning efter 1-3 år, dels ved vurdering af barnets tale, dels i form af et spørgeskema til forældrene. Alle 17 børn opnåede signifikante forbedringer af deres flydende tale, og forbedringerne var vedligeholdt ved opfølgningen 1-3 år senere⁴⁶. Der var ingen kontrolgruppe tilknyttet undersøgelsen.

Parent Child Interaction Therapy

Parent Child Interaction Therapy (PCI) er udviklet til børn under syv år. Behandlingen, der er udviklet på Michael Palin Centret i London, kombinerer direkte og indirekte behandling og placerer sig fortrinsvist i en Stuttering Modification-tilgang. Forældrene er nøglepersoner i arbejdet med stammen. Ethvert forløb begynder med en omfattende og grundig vurdering af barnets og forældrenes kommunikation og interaktion med henblik på at lave et tilbud, der er tilpasset barnet og forældrene. Behandlingen vil bestå af elementer fra to eller tre af følgende områder:

- *Interaktionsstrategier* (anvendelse af spørgsmål, af pauser, at følge barnets tale etc.)
- *Familiestrategier* (adfærdsregulering, tale efter tur, udtrykke følelser etc.)
- *Strategi rettet mod barnet* (for eksempel direkte arbejde med nedsat taletempo og brug af pauser med barnet).

Behandlingen udføres over seks uger og følges op af et forløb, hvor forældrene i seks uger arbejder efter de anviste opgaver hjemme. Herefter evalueres barnets udvikling, og der træffes beslutning om eventuelle yderligere tiltag⁴⁷.

Effekt og dokumentation

Medarbejdere på Michael Palin Centret har lavet en longitudinal, multipel enkeltsubjekt undersøgelse med seks børn, der sammen med deres forældre modtog PCI-behandling. Børnene var mellem 3 år og 3 mdr. og 4 år og 10 mdr., da de fik behandling. De blev vurderet lige efter behandlingens afslutning og 12 måneder efter. Resultatet var, at fire af de seks børn reducerede deres stammefrekvens signifikant efter behandlingsforløbet. Der var ingen kontrolgruppe tilknyttet undersøgelsen.

Lidcombe

Lidcombe er grundet i Fluency Shaping-tilgangen og er primært rettet mod børn mellem to og seks år. Lidcombe er udviklet i Australien og har vundet stor udbredelse dér og i flere europæiske lande, også i Danmark. I Lidcombe-behandling arbejder logopæden med barnet gennem forældrene. Forældrene instrueres i, hvordan de i hverdagen kan reagere på barnets ikke-flydende og flydende tale. Flydende tale roses, mens ikke-flydende tale mødes med et forsøg på at få barnet til at gentage ordet flydende – eller med en bemærkning om, at barnet nu talte ikke-flydende. Forældrene skal sikre, at barnet roses fem gange mere, end det korrigeres⁴⁸. Målet for behandlingen er stammefri tale.

Effekt og dokumentation

Lidcombe-behandling er den til dato bedst dokumenterede behandling af stammen hos børn i førskolealderen. Metodens effekt er dokumenteret gennem flere undersøgelser foretaget af forskere tilknyttet Lidcombe og af uafhængige forskere⁴⁹.

Indsatser over for større børn, unge og voksne

Cognitive Behavioral Therapy

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) er en form for psykoterapi, som er blevet anvendt til stammebehandling igennem flere år. Kognitiv adfærdsterapi placerer sig i en Stuttering Modification-tilgang. Den grundlæggende antagelse bag CBT er, at følelser og adfærd i høj grad bestemmes af tanker og forestillinger etc. Hvis man kan identificere destruktive tanke- og handlemønstre, kan man derfor med relevant terapi erstatte dem med mere realistiske og mindre destruktive mønstre.

CBT passer godt til arbejdet med de psykologiske reaktioner, der hos større børn, unge og voksne udgør en væsentlig del af stammeproblemet. Nogle af de redskaber, der anvendes, er:

- *Eksposering* (exposure), hvor den enkelte skal konfrontere sine frygtede situationer.
- *Adfærdsmæssige eksperimenter*, hvor den enkelte for eksempel skal stamme frivilligt.
- *Kognitiv omstrukturering*, hvor den enkelte udfordres på negative tanker og forestillinger, han eller hun måtte have.
- *Mindfulness*, hvor evnen til nærvær og fuld opmærksomhed i nuet opøves⁵⁰.

Effekt og dokumentation

Kognitiv adfærdsterapis effekt på det psykologiske velbefindende for voksne med stammen er dokumenteret i flere studier⁵¹. Et af de seneste eksperimentelle studier er fra 2008, hvor 32 voksne med vedvarende stammen, hvoraf 60 % havde social fobi, randomiseret fik tilbudt behandling med Fluency Shaping alene eller behandling med fluency-skabende teknikker efterfulgt af kognitiv adfærdsterapi. Effekten blev målt på både stammefrekvens og psykologisk velbefindende lige efter endt behandlingsforløb samt ved opfølgning 12 måneder senere.

Fluency Shaping-behandling alene havde effekt på stammefrekvens, men ingen indvirkning på forsøgspersonernes sociale fobi 12 måneder efter endt behandling. Forsøgspersonerne, der havde fået begge behandlingstilgange, havde ved 12 måneders opfølgning ingen tegn på social fobi og var klart bedre end kontrolgruppen, hvad angik angstniveau. Den kognitive behandling havde ingen yderligere effekt på stammefrekvensen⁵². Sammenfattende om CBT kan det siges, at der er positiv effekt på den psykologiske overbygning, mens det ikke har kunnet påvises, at CBT har effekt på selve den hørbare stammen.

ISTAR

ISTAR Comprehensive Stuttering Program er et canadisk udviklet stammebehandlingstilbud målrettet unge og voksne. Behandlingstilbuddet kombinerer Fluency Shaping, Stuttering Modification og kognitiv adfærdsterapi. Behandlingen består af et intensivt tre-ugers forløb, hvor deltagerne lærer fluencyteknikker og stammemodifikationsteknikker for at kunne håndtere anspændthed og resterende stammen, og der arbejdes sideløbende med holdning, følelser og undgåelser⁵³.

Effekt og dokumentation

Effekten af metoden er blevet dokumenteret på 21 deltagere kort tid efter behandlingens afslutning og ved opfølgning hvert år i fem år. Tre deltagere var undervejs faldet fra, men de øvrige deltagere havde bibeholdt den betydelige reduktion i stammen og forøgelse af talemængden, som var opnået kort tid efter behandlingens afslutning⁵⁴. Det viste resultatet af såvel optælling af stammefrekvens som selvrapportering om aktiv deltagelse i hverdagslivet. Metoden er også blevet sammenlignet på tværs af to lande, Canada og Holland. Resultatet her viste, at der stort set var den samme positive effekt af behandlingen for begge grupper af undersøgelsesdeltagere to år efter behandlingsafslutning⁵⁵.

Camperdown

Camperdown er et stammebehandlingstilbud målrettet voksne. Det er udviklet i Australien. Camperdown er grundet i Fluency Shaping og har til formål at omstrukturere den enkeltes tale. Formålet med Camperdown er at eliminere eller signifikant reducere stammen i hverdagen for den enkelte og give ham eller hende redskaber til at klare eventuelle tilbagefald på længere sigt⁵⁶. De anvendte teknikker i behandlingen er forskellige prolonged-speech-teknikker. Metoden kan anvendes som behandling i en behandlingsklinik, men kan også anvendes til fjernbehandling via computer og telefonforbindelse.

Effekt og dokumentation

Et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) af metoden sammenligner effekten af metoden anvendt henholdsvis face-to-face og ved fjernbehandling. Undersøgelsen viser, at der ikke var signifikant forskel på udbyttet for de to grupper, der hver bestod af 20 voksne med stammen. Begge grupper havde opnået signifikant formindskelse af deres stammesymptomer ved opfølgning 12 måneder efter endt behandling⁵⁷.

Altered Auditory Feedback

I de senere år er anvendelsen af *Altered Auditory Feedback* (AAF) blevet mere udbredt. AAF er en fælles benævnelse for auditive hjælpemidler, der har til formål at forsinke eller forvrænge lyden af ens egen stemme. AAF-apparater er i dag blevet så små og tilgængelige, at de kan anvendes i hverdagssituationer. Man taler om tre slags auditive feedback hjælpemidler:

- Delayed Auditory Feedback (DAF) forsinke ens egen stemme.
- Frequency Altered Feedback (FAF) ændrer lyden af ens egen stemme.
- Masked Auditory Feedback (MAF) maskerer lyden af egen stemme med støj.

Man har erfaret, at anvendelsen af AAF har en virkning på nogle mennesker, der stammer. Effekten kan opstå af flere grunde: For det første bliver talehastigheden nedsat, når man hører sin egen stemme lidt forsinket. For det andet afledes man af den forsinkelse eller forvrængning, der er, når man bruger AAF-apparater. For det tredje kan AAF give en øget aktivering af det talemotoriske område i hjernen gennem øget aktivering af det auditive system.

Effekt og dokumentation

Der har i de seneste år været lavet forskellige undersøgelser af effekten af tekniske hjælpemidler. Et review af forskning gennem ti år udført i 2006 viste, at AAF-apparater på kort sigt kan reducere stammen med 40-85 % ved højt læsning, men med store individuelle variationer. Effekten ved monolog eller konversation var lavere⁵⁸. Der mangler forskning i effekten af AAF på længere sigt.

Anvendelse af AAF i Danmark

AAF-apparater og AAF-apps til iPhone og iPad har i de senere år i en vis udstrækning vundet indpas i Danmark. Der er ikke lavet nogen egentlig undersøgelse af effekten i Danmark, men et pilotstudie udført i 2008 på Center for Specialundervisning i Roskilde med tre deltagere viser, at resultaterne er blandede, men at anvendelsen af AAF-apparater passer godt ind i et bredspektret stammebehandlingstilbud⁵⁹.

Der er tre steder i Danmark, som tilbyder afprøvning af et lille høreapparatlignende DAF/FAF-apparat, der hedder SpeechEasy. Det er Institut for Kommunikation og Handicap i Aarhus, Taleinstituttet i Aalborg og Kommunikationscentret i Hillerød. Tilbuddet kan købes af institutter i andre kommuner og regioner eller andre offentlige instanser.

Dokumentation på stammeområdet

Det overordnede mål med den logopædiske indsats over for børn er at sikre, at stammen ikke udvikler sig til at blive et psykologisk problem med risiko for social isolation, men at barnet bibeholder lysten til at kommunikere, selvom barnet måske fortsat vil stamme.

Det overordnede mål med den logopædiske indsats over for unge og voksne, der stammer, er at minimere den psykologiske overbygning, som mange unge og voksne har udviklet. Målet er desuden at gøre eventuelt hårdere former for stammen blødere og lettere eller uden hørbare stammesymptomer, så den unge og voksne bliver i stand til at kommunikere bedre med andre og ikke trækker sig fra sociale sammenhænge.

Der har i Danmark ikke været præcedens for systematiske effektopgørelser af indsatser over for stammen. En undersøgelse, som Dansk Videnscenter for Stammen udførte i 2009, viste dog, at 19 % af PPR-kontorer og 68 % af kommunikationscentrene i Danmark foretager en systematisk dokumentation i forbindelse med afslutning af et logopædisk stammebehandlingsforløb⁶⁰. Det tyder på, at der er en interesse for dokumentation af den indsats, der tilbydes.

Fra 2013 skal alle kommuner løbende elektronisk indberette en række data på voksenhandicapområdet til Danmarks Statistik⁶¹. Data indberettes på cpr-nummer-niveau, og der anvendes et fælles begrebsapparat. Indberetningerne omfatter tilbud og ydelser, som gives efter lov om social service til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Stammen hører ikke direkte ind under lov om social service, men kommunerne kan vælge, om de vil indberette data om kompenserende specialundervisning for voksne. Kommunerne er forpligtet til at indberette data om kommunikationsnedsættelser på målgruppeniveau⁶².

Indikatorer og monitorering af stammeområdet

De centrale indikatorer for effekt af logopædisk indsats til børn, der stammer, kan eksempelvis være:

- At barnet bevarer talelysten
- At barnet trives i familie, daginstitution og skole
- At den psykologiske overbygning på stammen minimeres
- At barnets stammen bliver lettere og mindre anspændt.

De centrale indikatorer for effekt af logopædisk indsats til unge og voksne med stammen kan eksempelvis være:

- At den hørbare/synlige stammen gøres lettere og mindre anspændt og minimeres til et acceptabelt niveau for den enkelte
- At den psykologiske overbygning på stammen minimeres
- At stammen ikke er en hindring mht. uddannelsesvalg
- At stammen ikke er en hindring for deltagelse i sociale aktiviteter, relationer og beskæftigelse.

Der er udviklet redskaber på dansk til vurdering af effekt af stammebehandling til børn (S-98 og S-2000)^{63, 64}. Redskaberne er dog ikke standardiserede.

På unge- og voksenområdet findes et engelsk effektvurderingsmateriale, WASSP. Materialet er blevet oversat til dansk og standardiseret⁶⁵.

Der er p.t. ingen instanser, der har til opgave at monitorere stammeområdet.

Implementering af indsatser

Implementering af indsatser består i en række konkrete aktiviteter, der har til formål at understøtte og iværksætte en specifik indsats⁶⁶. Implementering er med andre ord de aktiviteter, der sættes i værk med henblik på at omsætte viden til konkret praksis. I det følgende afsnit gennemgås en række af de forhold, som ifølge implementeringsforskning har indflydelse på implementering af nye sociale indsatser. Indimellem eksemplificeres der med indsatser over for notatets målgruppe: Mennesker, der stammer.

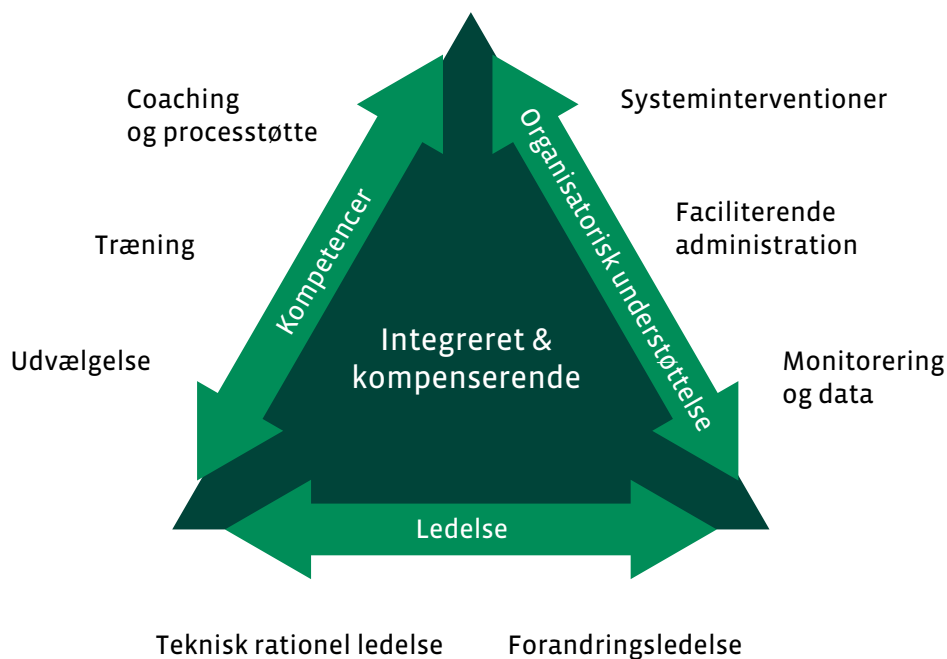
Helt overordnet bør kommunen ved implementering af nye indsatser være opmærksom på, at indsatserne ofte består af både 'hardware' og 'software'⁶⁷. Med 'hardware' menes for eksempel en ny behandlingsmetode eller nye indsatser i behandlingsindsatsen over for mennesker med stammen. Med 'software' menes eksempelvis nye samarbejdsrelationer og ændring af organisationskulturen. Ved implementering af nye indsatser skal man have øje for, hvad 'hardwaren' indeholder – men lige så meget for, hvordan den påvirker 'softwaren' i organisationen.

Drivkræfter for implementering

Implementering fremmes gennem tre centrale drivkræfter: Ledelse, kompetencer og organisering⁶⁸. De tre drivkræfter er gensidigt afhængige og skal understøtte hinanden. Samtidig er de kompensatoriske. Det betyder for eksempel, at kommunen kan kompensere for manglende kompetencer hos medarbejderne ved at have ekstra ledelsesmæssig fokus på, at indsatsen leveres efter hensigten.

Drivkræfter og hæmmere for implementering er hinandens spejlbilleder⁶⁹. Eksempelvis er stærk ledelsesopbakning en væsentlig drivkraft for implementering, mens mangel på ledelsesopbakning er en væsentlig hæmmer. Det samme gør sig gældende for de øvrige drivkræfter for implementering. Hvis man arbejder målrettet og struktureret med dem, vil det fremme implementeringen. Hvis man undlader at gøre det, vil det hæmme den.

Drivkræfter for implementering⁷⁰



Ledelse som drivkraft

Alle succesfulde implementeringsprocesser har haft tydelig ledelsesmæssig fokus og opbakning⁷¹. Chancerne for succesfuld implementering vil være små, hvis ikke ledelsen er med til at initiere implementeringsprocessen, understøtter den løbende, vælger de rigtige medarbejdere og kommunikerer målsætningerne.

Ledelsesopgaven har to aspekter. Dels den mere konkrete og tekniske, der handler om at understøtte rammerne omkring implementeringsopgaven. Dels aspektet omkring forandringsledelse, hvor ledelsens opgave er at drive implementeringsprocessen fremad og holde medarbejderne til ilden gennem opfølgninger og vedvarende fokus på fremdriften.

Kompetencer som drivkraft

Modsætningen mellem at vide, hvad man skal gøre – og at gøre det i praksis – er en central udfordring for implementering af nye indsatser. En vigtig drivkraft for implementering er derfor at udvælge medarbejdere og sikre løbende kompetenceudvikling. Typisk skal medarbejderen have lige så megen fokus på at aflære gamle rutiner og vaner som på at tillære den nye praksis⁷².

Hvad kompetenceudvikling angår, diskvalificerer forskningen entydigt 'train and hope'-tilgangen⁷³. Det er ikke nok blot at kompetenceudvikle medarbejderne. De skal også have mulighed for at omsætte denne viden til praksis gennem løbende støtte, coaching og supervision.

I implementeringslitteraturen bliver forandringsagenter og superbrugere ofte fremhævet som helt centrale for at sikre fremdriften i implementeringsprocessen⁷⁴. Superbrugere er medarbejdere, der uddannes og trænes særligt, så den øvrige medarbejderstab kan læne sig op ad dem i implementeringsprocessen.

Organisering som drivkraft

Den tredje drivkraft for implementering handler om at få skabt en sammenhængende og koordineret organisering af indsatsen. Den handler også om at skabe et monitoringsystem, der gør det muligt at følge med i og understøtte implementeringsprocessen – og løbende vurdere, om man efterlever faglige standarder og opnår de tilsigtede resultater for deltagerne⁷⁵.

Sandsynligheden for, at indsatsen bliver implementeret ordentligt, er betydeligt større, hvis medarbejderne har et skriftligt referencepunkt at forholde sig til i implementeringsprocessen. Det kan for eksempel være i form af behandlingsprotokoller. Jo tydeligere indsatsens kernekomponenter er beskrevet, desto lettere er det at implementere den. Det gælder derfor også om at få nedskrevet tavse og intuitive handlinger, som nye medarbejdere ikke nødvendigvis kender til. Det kan for eksempel være en bestemt tilgang til borgerne eller en uskreven ansvars- og opgavefordeling mellem medarbejderne.

Det er vigtigt løbende at monitorere og følge med i implementeringsprocessen⁷⁶. Det gøres ved at indsamle de data, som vil give det mest anvendelige billede af udviklingen, og som samtidig sikrer, at dokumentationsindsatsen er enkel og håndterbar i hverdagen. Samtidig er det vigtigt, at monitoringsdata bliver anvendt aktivt på teammøder og lignende. På den måde kan data bruges til at identificere og håndtere forskellige implementeringsudfordringer.

Faktorer, der påvirker implementeringen

Nogle af de ovenfor præsenterede indsatser over for børn, unge og voksne, der stammer, vil forholdsvis let kunne implementeres og indgå som en del af det eksisterende behandlingstilbud på det logopædfaglige område. Andre indsatser kræver et større implementeringsarbejde og forudsætter en faglig opkvalificering og ledelsesmæssig opbakning.

De faktorer, der påvirker implementeringen, foregår typisk på følgende fire niveauer⁷⁷:

Individuelle faktorer

De individuelle faktorer er de faktorer, der knytter sig til de enkelte medarbejders faglige og personlige adfærd og holdninger.

De medarbejdere, der skal arbejde med den enkelte indsats, har stor betydning for, hvordan en indsats implementeres. Det er derfor en forudsætning for vellykket implementering, at logopæden har en bred faglig viden om stammen og forskellige behandlingsmetoder foruden en dybtgående, faglig kritisk viden om den behandling, man ønsker at implementere.

Interpersonelle faktorer

De interpersonelle faktorer er samarbejdsrelationerne og kommunikationen mellem og på tværs af de medarbejdere, der skal levere indsatsen. De interpersonelle faktorer handler også om den kultur, som præger den organisation, hvor indsatsen skal implementeres.

Det er logopæder, der varetager indsatsen over for mennesker, der stammer. Nogle steder er der mulighed for også at knytte en psykolog til stammebehandlingen. Logopæder arbejder i forskellige sammenhænge: i PPR-regi, på skoler og på kommunikationscentre, og logopæderne har både undervisningsmæssige og konsultative funktioner. Afhængigt af i hvilken organisatorisk sammenhæng en behandlingsmetode skal implementeres, er det en nødvendig forudsætning, at der er forståelse for og opbakning til arbejdet fra kolleger, samarbejdspartnere og ledelser.

Institutionelle faktorer

De institutionelle faktorer er den organisation, som indsatsen skal implementeres i, herunder de organisationsstrukturelle betingelser for samarbejde.

Implementering af nye metoder – ligesom logopædisk arbejde i det hele taget – forudsætter gode fysiske rammer, herunder relevant teknisk udstyr. Herudover er det vigtigt, at der eksisterer et fagligt miljø med mulighed for samarbejde med andre logopæder og andre relevante faggrupper, og at der er mulighed for opkvalificering og efteruddannelse⁷⁸.

Infrastrukturelle faktorer

De infrastrukturelle faktorer er den overordnede samfundsmæssige og politiske kontekst, som indsatsen skal fungere i. Herunder hører også de lovgivningsmæssige rammer omkring indsatsen.

Tilbud til små børn, der endnu ikke er begyndt i skole, bliver givet efter *Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand*, og tilbuddene udføres som oftest i regi af Pædagogisk Psykologisk Rådgivning i kommunerne.

Tilbud til skolebørn gives efter *Lov om folkeskolen* og tilbydes som 'supplerende undervisning'. Den supplerende undervisning bevilges af skolelederen.

Tilbud til voksne tilbydes efter *Lov om specialundervisning for voksne* og varetages de fleste steder af kommunale eller regionale kommunikationscentre. Der er forskellige økonomiske aftaler mellem de forskellige kommunikationscentre og kommuner: Nogle steder er ydelserne takstfinansieret, andre steder abonnementsfinansieret – eller kombinationer heraf⁷⁹. Nogle kommuner har hjemtaget voksenstammebehandlingen fra kommunikationscentre og tilbyder i stedet for behandling i eget regi, for eksempel i PPR-regi.

Der har fra brugerorganisationens og fagprofessionelles side været udtrykt en bekymring for afspecialisering på området. Man skal i tilrettelæggelsen af tilbud være opmærksom på, at stammen er en funktionsnedsættelse, hvor der ofte vil være behov for specialiseret faglig viden, som ikke altid kan være til stede i den enkelte kommune, da der er tale om en relativt lille målgruppe. Ligesom det kan være tilfældet i forhold til andre små målgrupper⁸⁰, kan der nogle steder være behov for at etablere et tværkommunalt samarbejde om tilbud til mennesker med stammen, eller der kan være behov for at trække på de kommunale eller regionale kommunikationscentre, der tilbyder specialiserede tilbud. Den helt centrale opgave i implementeringsprocesserne er så vidt muligt at tage højde for og håndtere de faktorer, der påvirker implementeringen. Det gøres gennem aktivt arbejde med drivkræfterne for implementering: ledelse, kompetencer og organisering.

Implementeringsstrategier

Det er en vigtig beslutning at vælge en implementeringsstrategi, når kommunen skal implementere nye indsatser. Man kan implementere indsatsen i hele organisationen eller blot i enkelte dele af den – og man kan implementere hele indsatsen med det samme eller i flere faser⁸¹. Det giver fire forskellige implementeringsstrategier:

- *Big Bang*
Her implementerer hele organisationen hele ændringen med det samme. Fordelen ved denne strategi er, at perioden med forandringer holdes forholdsvis kort, og man minimerer sandsynligheden for, at medarbejderne falder tilbage til gamle vaner. Ulempen ved Big Bang-strategien er, at der er tale om store forandringer for medarbejderne.
- *Domino*
Her implementerer en del af organisationen hele indsatsen med det samme. Fordelen ved denne strategi er, at kommunen får mulighed for at afprøve og implementere indsatsen i en begrænset del af organisationen. Derved kan man høste en række erfaringer, der kan tages med, når indsatsen skal spredes ud til resten af organisationen. Ulempen er, at denne implementeringsstrategi er mere tidskrævende.

- *Kaskade*

Her implementerer hele organisationen indsatsen i flere faser. Fordelen ved denne strategi er, at implementeringen brydes ned i mindre og mere overskuelige dele, samtidig med at man høster fordelene ved, at hele organisationen implementerer indsatsen. Ulemperne er, at det er en tidskrævende proces, og man risikerer, at der opstår 'forandringstræthed' i organisationen.

- *Små skridt*

Her implementerer en del af organisationen indsatsen i flere faser. Fordelen ved denne strategi er, at medarbejderne får tid til at vænne sig til den nye indsats. Ulemperne er, at implementeringsprocessen er meget tidskrævende, og at der er risiko for, at medarbejderne blot fortsætter, som de hidtil har gjort.

Det gælder generelt for implementering, at der ikke er en 'one size fits all'-løsning, som det altid vil være bedst at benytte, når nye indsatser skal implementeres. I stedet bør kommunen være bevidst om de forskellige fordele og ulemper, der følger af de forskellige strategier, og forsøge at tage højde for dem.

Kommunale udgifter til stammebehandling

De kommunale udgifter relateret til indsatser over for stammen opgøres ikke separat, men indgår i de kommunale udgiftsposter vedrørende:

- Folkeskolen (kommunal kontoplan 3.22.01)
- Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (kommunal kontoplan 3.22.01)
- Specialpædagogisk bistand til førskolebørn (kommunal kontoplan 3.22.16)
- Specialundervisning for voksne (kommunal kontoplan 3.22.17)⁸².

Det er derfor ikke på nuværende tidspunkt muligt at udskille de kommunale udgifter specifikt i forhold til stammen.

Cost-effectiveness-analyser

Der findes aktuelt ingen danske cost-effectiveness-analyser af metoder til stammebehandling.

I cost-effectiveness-analyser sammenholdes driftsudgiften ved en indsats (typisk medarbejderressourcer) med indsatsens effekt på kortere eller længere sigt. Cost-effectiveness-analyser giver også mulighed for at sammenligne forskellige indsatser. Eksempelvis kunne en sådan analyse sammenligne forskellige metoder som det for eksempel er tilfældet med forskningsprojektet i Holland, hvor man har sammenlignet effekten af Lidcombe-behandling med effekten af Demands and Capacities-behandling (se note 39).

Cost-benefit-analyser

Der findes aktuelt ingen danske cost-benefit-analyser af indsatser over for børn, unge og voksne, der stammer.

I cost-benefit-analyser sammenlignes udgifterne ved en given indsats med indsatsens økonomiske effekter på kortere og længere sigt. Det vil sige effekterne omregnet til en økonomisk værdi i kroner. Eksempelvis kunne en sådan undersøgelse vise værdien i kroner, når der sættes ind med en tidlig indsats over for stammen sammenlignet med udgifterne i de tilfælde, hvor der ikke ydes en indsats tidligt, men først senere i skole- eller ungdomsalderen.

Initiativer på stammeområdet

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold har p.t. ingen initiativer på området. Socialstyrelsen har til opgave at formidle viden om stammen til forskellige målgrupper, herunder fagpersoner, mennesker med stammen og pårørende.

Socialstyrelsen driver endvidere et netværk for fagfolk, der arbejder med stammen og løbsk tale. Netværket er åbent for alle fagpersoner på stamme- og løbsk tale-området og har (medio 2014) cirka 175 logopæder og psykologer fra hele landet som medlemmer. Der afholdes to netværksmøder om året. Netværkets overordnede formål er vidensudveksling og kompetenceløft af deltagerne i netværket. Specifikt er formålet med netværket at have et forum, hvor fagpersoner kan mødes og blive præsenteret for viden baseret på forskning og kliniske erfaringer, hvor viden og erfaring blandt deltagerne kan udveksles og diskuteres, og hvor faglige problemstillinger kan tages op.

Referenceliste

- 1 Yairi, E. and Ambrose, N. (2013): *Epidemiology of stuttering: 21st century advances*, Journal of Fluency Disorders, Vol. 38, 2.
- 2 Ibid.
- 3 Ibid.
- 4 Ibid.
- 5 Bloodstein, O. and Ratner, N.B. (2008): *A Handbook on Stuttering*, Thomson (6th edition).
- 6 Yairi, E. and Ambrose, N. (2013): *Epidemiology of stuttering: 21st century advances*, Journal of Fluency Disorders, Vol. 38, 2.
- 7 Bloodstein, O. and Ratner, N.B. (2008): *A Handbook on Stuttering*, Thomson (6th edition).
- 8 Ibid.
- 9 Yairi, E. and Ambrose, N. (2005): *Early Childhood Stuttering*, Pro-Ed.
- 10 Bloodstein, O. and Ratner, N.B. (2008): *A Handbook on Stuttering*, Thomson (6th edition).
- 11 Ibid.
- 12 Ibid.
- 13 Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J. and Byrnes, M. (2008): *Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents*, Journal of Fluency Disorders, Vol. 33, 4.
- 14 Bloodstein, O. and Ratner, N.B. (2008): *A Handbook on Stuttering*, Thomson (6th edition).
- 15 Erickson, S. and Block, S. (2013): *The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families*, Journal of Fluency Disorders, Vol. 38, 4.
- 16 McAllister, J., Collier, J. and Shepstone, L. (2012): *The impact of adolescent stuttering on educational and employment outcomes: Evidence from a birth cohort study*, Journal of Fluency Disorders, Vol. 37, 2.
- 17 Bloodstein, O. and Ratner, N.B. (2008): *A Handbook on Stuttering*, Thomson (6th edition)
- 18 Williams, D. (2006): *Stuttering Recovery*, Personal and Empirical Perspectives, Routledge.
- 19 McAllister, J., Collier, J. and Shepstone, L. (2013): *The impact of adolescent stuttering on psychological well-being in adulthood: Evidence from a birth cohort study*, International Journal of Language & Communication Disorders, Vol. 48, 4.
- 20 Craig, A., Blumgart, E. and Tran, Y. (2012): *The nature and prevalence of social anxiety*, Advances in Psychology Research, Vol. 89.
- 21 Iverach, L. et al (2009): *Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering*, Journal of Anxiety Disorders, Vol. 23, 7.

- 22 Menzies, R. et al (2008): *An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering*, Journal of Speech, Language and Hearing Research, Vol. 51, 6.
- 23 Craig, A., Blumgart, E. and Tran, Y. (2009): *The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter*, Journal of Fluency Disorders, Vol. 34, 1.
- 24 Christmann, H. og Glad, C. (1996): *Adgang til og forhold på arbejdsmarkedet for mennesker med epilepsy og mennesker, der stammer*, Dansk Videnscenter for Stammen.
- 25 Bricker-Katz, G., Lincoln, M. and Cumming, S. (2013): *Stuttering and work life: An interpretativephenomenological analysis*, Journal of Fluency Disorders, Vol. 38, 4.
- 26 Bricker-Katz, G., Lincoln, M. and McCabe, P. (2009a): *The persistence of stuttering behaviours in older people*, Disability and Rehabilitation, Vol. 31, 8.
- 27 Bricker-Katz, G., Lincoln, M. and McCabe, P. (2009b): *A life-time of stuttering: How emotional reactions to stuttering impact activities and participation in older people*, Disability and Rehabilitation, Vol. 31, 21.
- 28 Bricker-Katz, G., Lincoln, M. and McCabe, P. (2009c): *Older people who stutter: barriers to communication and perceptions of treatment needs*, International Journal of Language & Communication Disorders, Vol. 45, 1.
- 29 Prins, D. and Ingham, R.J. (2009): *Evidence-based Treatment and Stuttering – Historical Perspective*, Journal of Speech, Language, and Hearing Research, Vol. 52, 1.
- 30 Ibid.
- 31 Ibid.
- 32 Ibid.
- 33 Langevin, M. et al (2010): *Five-year longitudinal treatment outcomes of the ISTAR Comprehensive Stuttering Program*, Journal of Fluency Disorders. Vol. 35, 2.
- 34 Prins, D. and Ingham, R.J. (2009): *Evidence-based Treatment and Stuttering – Historical Perspective*, Journal of Speech, Language, and Hearing Research, Vol. 52, 1.
- 35 Bothe, A. et al (2006): *Stuttering treatment research 1970-2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive and related approaches*, American Journal of Speech-language pathology, Vol. 15.
- 36 Bloodstein, O. and Ratner, N.B. (2008): *A Handbook on Stuttering*, Thomson (6th edition).
- 37 Ibid.
- 38 Cook, F. and Fry, J. (2006): *Connecting stuttering measurement and management: III Accountable therapy*, International Journal of Language & Communication Disorders, Vol. 41, 4.
- 39 Franken, M., Kielstra-Van der Schalk, C. and Boelens, H. (2005): *Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study*, Journal of Fluency Disorders, Vol. 30, 3.
- 40 Starkweather, C.W., Gottwald, S. and Halfond, M. (1990): *Stuttering Prevention: A clinical method*, Prentice Hall, New Jersey.
- 41 Ibid.
- 42 Bloodstein, O. and Ratner, N.B. (2008): *A Handbook on Stuttering*, Thomson (6th edition)
- 43 Ibid.
- 44 Franken, M., Kielstra-Van der Schalk, C. and Boelens, H. (2005): *Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study*, Journal of Fluency Disorders, Vol. 30, 3.
- 45 Yaruss, S., Coleman, C. and Hammer, D. (2006): *Treating preschool children who stutter: Description and preliminary evaluation of a family-focused treatment approach*, Language, Speech, and Hearing Services in Schools, Vol. 37, 2.
- 46 Ibid.
- 47 Millard, S., Nicholas, A. and Cook, F. (2008): *Is parent-child interaction therapy effective in reducing stuttering?*, Journal of Speech, Language, and Hearing Research, Vol.51, 3.
- 48 Franken, M., Kielstra-Van der Schalk, C. and Boelens, H. (2005): *Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study*, Journal of Fluency Disorders, Vol. 30, 3.

- 49 Bothe, A. et al (2006): *Stuttering treatment research 1970-2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive and related approaches*, American Journal of Speech-language pathology, Vol. 15.
- 50 Menzies, R. et al (2009): *Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists*, Journal of Fluency Disorders, Vol. 34, 3.
- 51 Ibid.
- 52 Menzies, R. et al (2008): *An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering*, Journal of Speech, Language, and Hearing Research, Vol. 51, 6.
- 53 Langevin, M. et al (2010): *Five-year longitudinal treatment outcomes of the ISTAR Comprehensive Stuttering Program*, Journal of Fluency Disorders Vol. 35, 2.
- 54 Ibid.
- 55 Langevin, M. et al (2006): *A cross-cultural, long-term outcome evaluation of the ISTAR Comprehensive Stuttering Program across Dutch and Canadian adults who stutter* A cross-cultural, long-term outcome evaluation of the ISTAR Comprehensive Stuttering Program across Dutch and Canadian adults who stutter, Journal of Fluency Disorders, Vol. 31, 4.
- 56 http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/camperdown_manual_april_2012.pdf (10. juli 2014).
- 57 Carey, B. et al (2010): *Randomized controlled non-inferiority trial of a telehealth treatment for chronic stuttering: The camperdown program*, International Journal of Language & Communication Disorders, Vol. 45, 1.
- 58 Lincoln, M., Packman, A. and Onslow, M. (2006): *Altered Auditory Feedback and the Treatment of Stuttering: A Review*, Journal of Fluency Disorders, Vol. 31. 2.
- 59 Pedersen, S. og Klok, L. (2008): *Logopædisk erfaring med brug af Delayed Auditory Feedback (DAF) i stammeundervisningen*, Dansk Audiologopædi, Vol. 44, 5.
- 60 Gram, B. og Knudsen, P.F. (2009): *Logopædisk stammebehandling i Danmark – en undersøgelse af stammebehandling i Danmark to år efter Strukturreformens ikrafttræden*, Dansk Videnscenter for Stammen.
- 61 Social- og Integrationsministeriet, KL, Danmarks Statistik, Danske Regioner og Finansministeriet (2011): *Aftale om national dokumentation på handicapområdet*. Link: <http://sm.dk/ministeriet/tal-og-satser/tal-pa-ministeriets-omrader/de-nationale-dokumentationsprojekter-1/dokumentation-pa-handicapområdet>.
- 62 Vejledning og begrebsdefinitioner til indberetninger af dokumentation på handicapområdet, version 1 af 1. juli 2013, SM, DST og KL.
- 63 Østergaard, G. et al (1998): *S-98: Vurdering af stammen hos børn i førskolealderen*, Special-pædagogisk forlag.
- 64 Egebjerg, T. et al (2000): *S-2000: Vurdering af stammen hos skolebørn*, Special-pædagogisk forlag.
- 65 Wright, L. and Ayre, A. (2006): *WASSP – Vurdering af egen stammen*, Dansk Videnscenter for Stammen.
- 66 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 67 Rogers, E.M. (2005): *Diffusion of innovations (5th edition)*.
- 68 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 69 Ogden, T. (2012): *Evidensbasert praksis I arbeidet med barn og unge*.
- 70 <http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-drivers>.
- 71 Guldbrandsson, K. (2008): *From News to Everyday use – The difficult art of implementation*. Statens Folkhälsoinstitut; Kotter, J. (2000): *Hvorfor forandringer mislykkes*; Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.

- 72 Ibid. og Hamm, M.S. et al. (1989): "The Conditions of effective implementation – A guide to Accomplishing Rehabilitative Objectives in Corrections". *Criminal Justice and Behavior*. 16 (2).
- 73 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
Gearing, R. et al (2011): "Major ingredients of fidelity: A review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation". *Clinical Psychology Review*. 31.
- 74 Guldbrandsson, K. (2008): *From News to Everyday use – The difficult art of implementation*. Statens Folkhälsoinstitut.
Kotter, J. (2000): *Hvorfor forandringer mislykkes*.
Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 75 Durlak, J. og DuPre, E. (2008): "Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and factors affecting implementation". *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
Dusenbury, L. et al. (2003): "A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings". *Health Education Research*. 18 (2).
- 76 Ibid.
- 77 Pawson, R.T., Greenhalgh, G., Harvey and Walshe, K. (2004): *Realist Synthesis: An introduction* ESRC Research Methods Programme. University of Manchester. RMP Methos Paper 2/2004.
- 78 Egebjerg, T. og Gram, B. (2009): *Logopædisk stammebehandling af unge og voksne - anbefalinger vedrørende god praksis*, Dansk Videnscenter for Stammen.
- 79 KL (2013): *Spørgeskemaundersøgelse blandt kommunikationscentre (syn, høre, tale)*.
- 80 Økonomi- og Indenrigsministeriet (2013): *Evaluering af Kommunalreformen, marts 2013*.
- 81 Kræmmer, M et al. (2009): *Change and effect*.
- 82 <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1920> (16.7.2014)



Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk

