

Kartläggning av tillgång till logopediska insatser för barn och ungdomar med utvecklingsrelaterad språkstörning (DLD)

Kartläggning av tillgång till logopediska insatser för barn och ungdomar med utvecklingsrelaterad språkstörning (DLD)

Förord

Föreliggande rapport är framtagen på uppdrag av Nationellt Programområde (NPO) barns och ungdomars hälsa. Rapporten beskriver tillgång till logopediska insatser för barn och ungdomar med developmental language disorder (DLD; utvecklingsrelaterad språkstörning) samt identifierar behov av kunskapsstöd och kompetensutveckling.

DLD är ett av de vanligast förekommande utvecklingsrelaterade tillstånden som diagnostiseras under barndomen. DLD består oftast under hela livet, men yttrar sig på olika vis i olika åldrar. Eftersom legitimerade logopeder är den profession som diagnostiserar och ger insatser till denna grupp är tillgången till logoped avgörande för omhändertagandet av patientgruppen.

Rapporten kan utgöra en vägledning till fortsatt nationellt och regionalt arbete med strategier för kunskapsstyrd och jämlik vård till barn och ungdomar med DLD. Rapporten riktar sig till alla verksamheter där barn med DLD söker vård.

Arbetsgruppen har haft en tvärprofessionell sammansättning med representation från specialistvård, primärvård, elevhälsa och patientföreträdare. Arbetsgruppen representerar samtliga sjukvårdsregioner i Sverige.

Rapporten kan läsas i sin helhet eller i utvalda delar. För att underlätta för läsaren att fokusera på en specifik del, avslutas olika teman med en kommentar.

Nelli Kalnak, med dr, specialistlogoped, Ordförande, Nationell Arbetsgrupp Barn och ungdomar med utvecklingsrelaterad språkstörning

2025-11-11

Helsingborg, Helsingborgs lasarett

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Sammanfattning..... | 1 |
| 1. Bakgrund | 3 |
| 1.1. Utvecklingsrelaterad språkstörning, DLD | 3 |
| 1.1.1. Prevalens och etiologi | 3 |
| 1.1.2. Samförekomst | 3 |
| 1.1.3. Negativa konsekvenser av DLD | 4 |
| 1.1.4. Flerspråkighet..... | 4 |
| 1.2. Uppdragsbeskrivning..... | 5 |
| 1.2.1. Avgränsningar..... | 5 |
| 2. Metod | 6 |
| 3. Resultat..... | 7 |
| 3.1. Tillgång till logopediska insatser..... | 7 |
| 3.1.1. Regionala logopedimottagningar | 7 |
| 3.1.2. Barnhälsovård (BHV) | 11 |
| 3.1.3. Barn- och ungdomshabilitering (BOU-habilitering) | 12 |
| 3.1.4. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) | 13 |
| 3.1.5. Förskola/skola | 14 |
| 3.1.6. Diskussion..... | 17 |
| 3.2. Tillgång till insatser för barn med DLD på logopedimottagningarna | 18 |
| 3.2.1. Utredning och intervention till barn med DLD..... | 19 |
| 3.2.2. Antal remisser med frågeställning DLD..... | 22 |
| 3.2.3. Genomsnittlig väntetid från remiss till nybesök | 27 |
| 3.2.4. Tid för nybesök inom 90 dagar..... | 29 |
| 3.2.5. Vidareremittering till annan region med anledning av vårdgarantin | 30 |
| 3.2.6. Diskussion..... | 31 |
| 3.3. Flöde: Från oro till insatser..... | 34 |
| 3.3.1. Flöde DLD små barn | 34 |
| 3.3.2. Flöde DLD skolåldern..... | 37 |
| 3.4. Kunskapsstöd och kompetensbehov..... | 41 |
| 3.4.1. Befintligt kunskapsstöd och register | 41 |
| 4. Diskussion..... | 44 |

| | |
|--|----|
| 5. Slutsatser | 47 |
| 6. Ledamöter och kontakt | 48 |
| Referenser | 49 |
| Bilaga 1. Öppen enkät riktad till skolsköterskor | 54 |

Sammanfattning

På uppdrag av Nationellt Programområde (NPO) Barns och ungdomars hälsa, har föreliggande rapport syftat till att kartlägga likheter och skillnader i tillgång till logopediska insatser såsom utredning och intervention samt väntetider till insatser för barn till och med 17 års ålder med DLD/utvecklingsrelaterad språkstörning.

Målet för Kunskapsstyrning är att skapa en mer jämlik vård. Barn med behov av logopediska insatser till följd av DLD har en tydlig vinst av att få insatser som kan påverka deras utveckling positivt och förhoppningsvis leda till minskad andel med fysisk och psykisk ohälsa när de blir vuxna. Ojämlik vård och bristande kunskap om DLD inom verksamheter innebär att insatser och anpassningar riskerar att utebli.

DLD innebär en ökad risk för svårigheter med inläring, sociala relationer och beteende, vilket kan få förödande konsekvenser ur ett livsperspektiv. Det är allvarligt om barn får vänta många månader, ibland flera år, på utredning, diagnos och intervention. För ett barn i förskoleåldern innebär långa väntetider till nybesök att viktiga utvecklingsfönster riskerar att missas. För barn i skolåldern kan barnet få sämre förutsättningar till inläring när orsakerna till svårigheterna inte har bedömts och adekvat stöd därför uteblivit. Från ett familjeperspektiv, föreligger risk att föräldrars oro ökar över tid och påverkar relationen till barnet negativt. Det är anmärkningsvärt att en del regioners logopedimottagningar inte tar emot remisser som gäller utredning och/eller intervention kopplat till DLD och/eller läs- och skrivsvårigheter i skolåldern. Barn och ungdomar med DLD har en ökad risk för utanförskap och psykisk ohälsa. För att förebygga negativa konsekvenser av DLD behöver villkoren för personer med DLD förbättras. Bättre villkor handlar inte enbart om mer resurser, utan även om likvärdig vård oavsett ålder samt ökad kunskap i regionerna om DLD.

Barn med DLD identifieras och remitteras till logoped framför allt via Barnhälsovården (BHV), elevhälsan och specialistvården. Logopeder finns inom specialistvården och även inom barn- och ungdomshabiliteringen, men i mycket begränsad omfattning inom andra verksamheter. Det saknas exempelvis logopeder i team som utreder beteende- och utvecklingsrelaterade tillstånd inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP), vilket innebär risk för underdiagnostisering och sämre insatser. Endast ett fåtal centrala barnhälsovårdsenheter i Sverige har logoped anställd, trots att BHV är den största remittenten av barn med misstänkt DLD. Samtidigt förefaller de regionala logopedimottagningarna vara underbemannade för att kunna möta behoven.

I kartläggningen framkommer att:

- Tillgången till logopedisk utredning och diagnos av DLD hos barn och ungdomar skiljer sig såväl inom som mellan regionerna.
- Barnets ålder och bostadsort avgör tillgång till logopedisk utredning och intervention.
- Få regioner erbjuder intervention för barn i skolåldern med DLD.
- Väntetiderna till nybesök varierar kraftigt och är på flera håll mer än ett år.
- Endast två regioner klarar att uppfylla vårdgarantin för såväl barn 0–6 år som barn 7–17 år med DLD-frågeställning.
- I stor utsträckning saknas logopedtjänster i verksamheter som möter barn och unga med DLD, exempelvis inom BHV, BUP och i pedagogisk verksamhet. DLD-diagnosen, liksom andra svårigheter inom exempelvis tal, språk, röst, kommunikation och ätande samt specifika läs-, skriv- och matematiksvårigheter, riskerar att förbises.

- Det finns stora kunskapsluckor om DLD hos remittenter inom BHV och elevhälsan. Det framkommer behov av ökad kunskap om DLD hos skolsköterskor.
- På flera håll saknar logopedimottagningarna direkt tillgång till statistik över antal remisser utifrån specifik frågeställning inom olika logopediska tillstånd. Det saknas även nationellt register för logopediska diagnoser, förutom de som ställs av det fåtal logopeder som arbetar inom BUP, vilket påverkar likvärdighet i rapportering av DLD.

1. Bakgrund

1.1. Utvecklingsrelaterad språkstörning, DLD

DLD står för developmental language disorder, som på svenska heter utvecklingsrelaterad språkstörning. I föreliggande rapport används genomgående det engelska begreppets förkortning: DLD, för att det är den term som används i den senaste versionen av det internationella klassifikationssystemet ICD-11 [1] och för att DLD har ersatt tidigare begrepp i de senaste årens vetenskapliga arbeten inom området. Den svenska översättningen av ICD-11 pågår och är ännu inte klar. DLD är inte bara ett nytt begrepp, utan även det koncept som sedan 2017 gäller för utvecklingsrelaterad språkstörning [2, 3]. Begreppet 'språkstörning' är ett vidare begrepp än DLD, eftersom det omfattar både utvecklingsrelaterade och förvärvade tillstånd som involverar bristande språkliga funktioner [4].

DLD innebär att språkliga förmågor inte utvecklas så som hos jämnåriga individer och kännetecknas av svårigheter inom språklig förståelse, och/eller uttrycksförmåga samt vid användning av språk i kommunikativt syfte. Dessa svårigheter framträder under tidig barndom. De språkliga svårigheterna kan inte förklaras av graden av stimulans och exponering, flerspråkighet, sensoriska, motoriska eller anatomiska tillstånd (exempelvis hörselnedsättning, läpp-käk-gomspalt) eller förvärvade tillstånd (exempelvis tumör eller epilepsi). När de språkliga svårigheterna är associerade med intellektuell funktionsnedsättning eller autism används begreppet language disorder, LD [2–4].

1.1.1. Prevalens och etiologi

DLD diagnostiseras vanligtvis innan skolstart och förekommer hos cirka 7,5 % av barn i 4–5 års ålder, och LD hos cirka 2,5 %, vilket innebär en sammantagen prevalens på cirka 10 % [5]. Forskning om prevalens av DLD bygger på epidemiologisk screening, vilket har visat sig innebära att en högre andel screenar positivt än andelen som faller ut i en klinisk bedömning [6–8].

Vid DLD finns det en hög förekomst av språkrelaterade diagnoser och svårigheter hos nära släktingar, vilket talar för en ärftlig komponent som bakomliggande orsak [9–12]. Biologiska föräldrar och syskon till individer med DLD har i högre grad själva DLD, men även dyslexi och andra inlärningssvårigheter, än vad man finner i den generella populationen. Medan kunskapen om ärftlighet vid DLD är väletablerad, är de underliggande genetiska mekanismerna för DLD – och för typisk språkutveckling – mindre välkända [13].

1.1.2. Samförekomst

DLD samförekommer ofta med talstörningar hos små barn [14] och även hos barn i skolåldern [15]. Olika former av talstörningar (engelska: speech sound disorders) förekommer hos cirka 3–4 % barn i förskoleåldern och mer specifika talsvårigheter inom stamning förekommer hos cirka 10 % barn i förskoleåldern [16, 17]. Prevalensen för de allra flesta funktionella talstörningar och stamning minskar runt 6–7 års ålder [18] medan DLD allra oftast består under hela livet, vilket framgår i exempelvis The Manchester Language Study [19].

En annan vanligen förekommande funktionsnedsättning är dyslexi [20], där DLD kan utgöra en försvårande faktor i form av nedsatt språkförståelse och/eller fonologiska svårigheter vid läs- och skrivinlärningen.

De flesta barn med DLD har inte ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), men däremot är det omvända vanligare, det vill säga att barn med ADHD har DLD [21–23]. Det finns studier som rapporterar risk för överdiagnostisering av ADHD hos barn som egentligen har DLD [24–26]. Samtidigt bör det nämnas att eftersom DLD utgör en extra belastning vid samförekomst med ADHD, är det viktigt att individer som utreds för ADHD får en logopedisk bedömning av tal, språk och kommunikationsförmågor för att rätt stöd ska kunna sättas in.

Hos individer med intellektuell funktionsnedsättning är både språklig förståelse och uttrycksförmågor negativt påverkade jämfört med jämnåriga barn med typisk utveckling. Vid autism är de bristande kommunikativa funktionerna ett av kärnsymptomen [1]. Logopedisk bedömning av tal, språk, kommunikation, men även ät- och sväljförmåga, är grundläggande för prioritering av insatser till barn med intellektuell funktionsnedsättning respektive autism, samt viktigt för differentialdiagnostik vid utredning av beteende- och utvecklingsrelaterade tillstånd.

Kunskapen om samförekomst mellan DLD och andra utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar är essentiell för logopedier och andra professioner som möter dessa barn [26, 27].

1.1.3. Negativa konsekvenser av DLD

DLD kan redan hos det lilla barnet ha negativa konsekvenser för den sociala interaktionen eftersom kommunikation påverkas av bristande språklig uttrycksförmåga och nedsatt språklig förståelse. Nedsatta kommunikativa funktioner kan i sig leda till svårigheter i att hantera och utveckla vänskapsrelationer.

DLD bär med sig en ökad risk för inlärningssvårigheter, framför allt i form av nedsatt läsförståelse eller dyslexi, men även matematiska svårigheter [28, 29]. Läsförmåga (läsförståelse och avkodning) samt skrivförmåga är centrala i skolans alla ämnen. Kopplingen mellan DLD och inlärningssvårigheter avseende läsande och skrivande, inverkar därför negativt på möjligheterna till skolframgång hos barn och ungdomar med DLD. Nedsatt läsförståelse förekommer i hög grad upp i vuxen ålder hos individer som har diagnostiserats med DLD i barndomen [30].

I en australiensisk studie som följde en stor population barn från 4–13 års ålder, rapporterades att barn med bristande språkförmågor inte bara har lägre livskvalitet än de med goda språkliga förmågor, utan också högre sannolikhet för försämrad utveckling av livskvaliteten över tid [31]. Flera studier som följt individer med DLD under lång tid, har rapporterat en förhöjd risk för psykisk ohälsa i form av depression och ångest hos tonåringar med DLD [32, 33].

Det utanförskap som ovanstående negativa konsekvenser kan leda till för ungdomar och vuxna med DLD leder även till ökade samhällskostnader. I rapporten Utanförskap och Unga belyser Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF, samhällskostnaderna för ungas utanförskap. Bland annat nämns ett försenat inträde i arbetslivet och lägre livslön på grund av skolmisslyckanden, samt psykisk ohälsa och arbetslöshet som faktorer som innebär ökade samhällskostnader [34].

1.1.4. Flerspråkighet

Det är viktigt att här nämna att flerspråkig utveckling inte orsakar språkstörning. DLD förekommer hos såväl en- som flerspråkiga barn. Flerspråkiga barn med DLD har svårigheter på samtliga språk som barnet talar och inte enbart på sitt andraspråk. När flerspråkiga barn med typisk språkutveckling har sämre språkförmåga på ett av sina språk, brukar det oftast bero på att barnet

har fått mindre eller sämre exponering på det språket [35]. Ofta när flerspråkighet nämns i dessa sammanhang är det i första hand flerspråkighet från tidig ålder som beskrivs, men idag kommer barn till logoped där det behöver differentieras mellan språkstörning och begränsad andraspråksinlärning. Komplexiteten i detta är en del av den logopediska kliniska vardagen.

1.2. Uppdragsbeskrivning

Uppdrag har formulerats av nationellt programområde barns och ungdomars hälsa och omfattar:

- Kartläggning av likheter och skillnader i väntetider och tillgång till logopediska insatser för barn och ungdomar med DLD, utvecklingsrelaterad språkstörning.
- Identifiering av behov av kunskapsstöd och kompetensutveckling för att skapa förutsättningar för hållbara vårdkedjor och strukturerade arbetssätt för att stödja barn och ungdomar med DLD, utvecklingsrelaterad språkstörning.
- Om möjligt, beskriva best practice för stöd till barn med DLD, utvecklingsrelaterad språkstörning i förskoleåldern och skolåldern.

Målet med uppdraget är att bidra till bättre arbetssätt och ett jämlikt stöd till barn och ungdomar med DLD. Detta betyder att barn med DLD ska ha likvärdig tillgång till insatser i form av bedömning, korrekt diagnos och intervention oavsett var i landet de bor.

1.2.1. Avgränsningar

I uppdragsbeskrivningen står att uppdraget omfattar tal- och språkstörningar. Rapporten har avgränsats till att inkludera de talstörningar som idag ingår i DLD, det vill säga fonologiska språkstörningar, men inkluderar inga andra talstörningar såsom exempelvis stamning eller taldyspraxi.

Området logopediska insatser är omfattande, men är i uppdraget avgränsat till att beskriva i vilka verksamheter som barn och ungdomar med DLD får insatser av logoped, dock inte hur insatserna utförs.

Uppdraget omfattar DLD hos barn och ungdomar till och med 17 år. DLD utreds allra oftast från cirka 2 års ålder, men logopedisk språklig-kommunikativ bedömning görs även mycket tidigare. För att få en tydlig kartläggning om eventuella likheter eller skillnader i remissinflöde samt väntetid mellan yngre och äldre barn är gruppen 0–17 år indelad i två åldersintervaller: 0–6 år motsvarande förskola och förskoleklass samt 7–17 år motsvarande skolålder. Denna åldersindelning är gällande vid de flesta logopedimottagningar i regionerna.

2. Metod

Underlag till kartläggningen är insamlat under våren 2024 och den till rapporten sammanställda informationen utgår från redovisade förutsättningar för den aktuella perioden. Samtliga tillfrågade har fått upprepade påminnelser om att svara. Även om det inkommit underlag i mycket hög utsträckning så saknas svar från några tillfrågade, vilket kan utgöra möjliga felkällor.

För att besvara uppdraget har nedanstående metoder använts:

- Underlag om antal remisser, väntetider och antal logopedtjänster har samlats in via e-postkontakt med regionala logopedmottagningar samt via förmedlade kontakter i regionerna med hjälp av Sveriges Kommuner och Regioner och Logopedchefsföreningen. Respondenterna har fått möjlighet att kommentera sina svar. I de fall respondenterna inte har haft ett exakt eller helt säkert svar, har de uppmanats att estimeras.
- Underlag om antal regioner som har logopedtjänster inom BHV har inhämtats via e-postkontakt med nationella nätverket för BHV-logoped.
- Underlag om antal regioner som har logoped inom Barn- och ungdomspsykiatri har inhämtats via e-postkontakt med samordnare vid regionala logopedmottagningar samt av dem förmedlade kontakter.
- Underlag till kartläggning av antal kommuner som har skollogoped har inhämtats genom e-postkontakt med logopedchefer/logopedier inom regionernas logopedmottagningar, kommunernas utbildningsförvaltningar, lokala och nationella skollogopednätverk samt via uppgifter som redovisats av Logopedförbundet.
- Underlag om antal barn som genomgått standardiserad språkscreening på barnavårdscentral (BVC), samt hur stort utfall denna screening ger har hämtats från Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ).
- För att kartlägga och belysa flödet från oro till insatser för barn i skolålder med DLD har en enkätundersökning genomförts riktad till landets skolsköterskor. Enkäten förmedlades via e-post till skolsköterskenätverk samt till olika nätverk med verksamhetschefer eller ledningsansvariga för elevhälsans medicinska insats.
- Sammanställning av kunskapsbank har baserats på information som inhämtats från BHV via Rikshandboken samt från Socialstyrelsen, Skolverket, Specialpedagogiska Skolmyndigheten (SPSM), Logopedförbundet, Kunskapsguiden samt via register såsom BHVQ och Patientregistret. Informationen har inhämtats via sökningar på begreppen "språk och kommunikation", "språkutveckling" och "språkstörning" på myndigheternas och organisationernas webbplatser.
- Befolkningsstatistik för 2023 har inhämtats från [Statistikmyndigheten \(SCB\)](#) och bygger på födelseår.

3. Resultat

3.1. Tillgång till logopediska insatser

I denna kartläggning av logopediska insatser sammanställs nya insamlade data som beskriver tillgång till logopediska insatser för barn och ungdomar med DLD inom olika verksamhetsområden där dessa barn utgör del av målgruppen. Det handlar om olika verksamhetsområden inom regional hälso- och sjukvård och kommunalt organiserad logopedi:

- Regionala logopedimottagningar
- Barnhälsovård (BHV)
- Barn och ungdomshabilitering (BoU-habiliteringen)
- Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)
- Förskola och skola

Syftet är att kartlägga var i samhället barn med DLD kan få insatser från logoped, samt undersöka om det finns regionala likheter och skillnader i tillgång till logopediska insatser för dessa barn. Med insatser avses utredning, diagnostik och intervention.

3.1.1. Regionala logopedimottagningar

Logopeder vid regionala logopedimottagningar ansvarar för utredning och intervention av medfödda och förvärvade tillstånd som ger nedsatta funktioner inom tal, språk, kommunikation, inlärning, röst, ätande och sväljning, hos allt från nyfödda barn till patienter i livets slutskede.

Generellt i landet är logopedimottagningar inom den regionala hälso- och sjukvården organiserade inom specialistvården och ytterst sällan inom primärvården. Region Stockholm utgör ett undantag eftersom majoriteten av logopedisk öppenvård sedan 2008 är organiserad inom Vårdval logopedi som är förlagt till primärvården.

Logopedimottagningarnas ansvar varierar beroende på sjukhusets organisation. Vissa mottagningar täcker många specialistområden, och en del sjukhus har logopeder vid andra medicinska avdelningar som neurologi, pediatrik och rehabilitering.

Föreliggande kartläggning av regional logopedi har begränsats till att inkludera underlag från logopedimottagningar, som alla tar emot patienter med DLD, men övriga uppdrag vid dessa mottagningar kan skilja sig åt.

Underlag till kartläggningen har inhämtats via e-postutskick till de verksamheter och nätverk som kan besvara frågor om antal logopedtjänster vid samtliga regioners logopedimottagningar. Svaren gäller för mars-april 2024. Kartläggningen omfattar svar från varje enskild mottagning i hela Sverige (n=65), med undantag av Region Norrbotten och Region Stockholm. Region Norrbotten har inte haft möjlighet att ta fram statistik på grund av tekniska problem. I Region Stockholm tillfrågades de 10 största mottagningarna om underlag till föreliggande rapport. Svar har inkommit från tre mottagningar.

Logopedtjänster definieras här som summan av hel- och deltidstjänster, det vill säga om en mottagning har flera deltidsanställda logopeder summeras deras andel av en heltidstjänst till en totalsumma (exempelvis en halvtidstjänst och en tjänst på 75 % blir $50 + 75 = 1,25$ logopedtjänst).

Logopedter kan arbeta med endast ett diagnosområde, såsom exempelvis DLD, men många logopedter arbetar med mer än ett område. Därmed innebär 'en logopedtjänst' allra oftast mer än en enskild logoped. I exemplet ovan blir det två logopedter på 1,25 logopedtjänst. Rapporten fokuserar på antal tjänster, inte antal logopedter.

Se tabell 1 för antal logopedtjänster som arbetar med barn med DLD vid de regionala logopedimottagningarna, fördelat på åldersgrupperna DLD 0–6 år respektive DLD och/eller dyslexi 7–17 år. I samma tabell anges även andel av respektive regions totala logopedtjänster, som arbetar med DLD 0–6 år respektive 7–17 år.

Befolkningsunderlag gällande antal barn som bor i varje region, 0–6 år respektive 7–17 år, har inhämtats för varje region, för att beräkna logopedtäthet i form av antal barn per logopedtjänst i varje region [36].

I en region har en av logopedimottagningarna inte kunnat göra indelningen i 0–6 år respektive 7–17 år, utan angett 0–17 år. Baserat på underlag från mottagningen, gjordes bedömningen att denna mottagning inte skiljer sig ifrån övriga i den aktuella regionen beträffande åldersfördelning. Därför fördelades antal tjänster per åldersgruppsindelningen om barn 0–6 år respektive 7–17 år i linje med övriga mottagningar i samma region.

3.1.1.1. Antal tjänster vid de regionala logopedimottagningarna

Sammantaget fanns i mars–april 2024 cirka 518 logopedtjänster vid 65 regionala logopedimottagningar i Sverige (med undantag för Region Norrbotten och Region Stockholm).

Utöver de 518 logopedtjänsterna fanns våren 2024 även 312 tjänster vid 78 öppenvårdsmottagningar inom Vårdval logopedi i Region Stockholm. I Region Stockholm fanns därmed fler logopedimottagningar enbart inom Vårdval logopedi, än sammantaget i resten av Sverige. Uppgifter om antal logopedtjänster som arbetar med DLD och/eller dyslexi i Region Stockholm har inte gått att ta fram.

3.1.1.2. Logopedtjänster som arbetar med DLD

Av de totalt 518 logopedtjänster vid de regionala logopedimottagningarna i Sverige arbetar 59 % (n=305 tjänster) med insatser till barn med DLD och/eller dyslexi i åldersgrupperna 0–17 år.

Av dessa 305 logopedtjänster arbetar 70 % (215 tjänster) med åldersgruppen 0–6 år och resterande 30 % (90 tjänster) med åldersgruppen 7–17 år. Det innebär att cirka 42 % av alla logopedtjänster vid de regionala logopedimottagningarna i Sverige arbetar med DLD hos åldersgruppen 0–6 år och cirka 17 % med barn som är 7–17 år.

Information om hur logopedtjänsterna inom Vårdval logopedi i Stockholm fördelar sig på insatser till åldersgrupperna 0–6 år respektive 7–17 år har inte kunnat tas fram.

3.1.1.3. Logopedtäthet – befolkningsunderlag i relation till logopedtjänster

Se tabell 1 för redogörelse av antal barn i befolkningen per logopedtjänst vid de regionala logopedimottagningarna, fördelat på åldersgrupperna 0–6 år respektive 7–17 år.

0–6 år:

Region Gotland och Region Kronoberg har minst antal barn i befolkningen per logopedtjänst 0–6 år (1 000 respektive 1 243 barn/logopedtjänst) medan de regioner som har högst antal barn per

logopedtjänst 0–6 år är Västra Götalandsregionen och Region Skåne (3 122 respektive 2 880 barn/logopedtjänst). Medelvärdet för antal barn 0–6 år per logopedtjänst är 1 802 (median 1 695). Det motsvarar tre gånger fler barn per logopedtjänst i Västra Götalandsregionen, där logopedtätheten är som lägst, än i Region Gotland där den är som högst.

7–17 år:

När antal logopedtjänster som arbetar med barn 7–17 år relateras till befolkningsunderlaget framkommer även där en stor variation mellan regionerna. Medelvärdet är 10 086 barn/logopedtjänst (median 9 270), med en variation på mellan minst 3 692 barn i Region Gotland till som mest 15 000 barn per logopedtjänst i Region Gävleborg respektive Region Västernorrland och drygt 16 000 barn i Västra Götalandsregionen. Skillnaden är cirka fyra gånger fler barn per logopedtjänst 7–17 år i Region Gävleborg, Region Västernorrland respektive Västra Götalandsregionen än i Region Gotland.

För skolbarn med DLD och/eller dyslexi som bor i Region Jämtland-Härjedalen och Region Kronoberg finns ingen tillgång till logopediska insatser eftersom barn i skolålder med dessa tillstånd inte tas emot vid logopedimottagningarna, varken för diagnostik eller för intervention. Alla mottagningar utreder inte dyslexi och/eller dyskalkyli, men åtta av elva regioner tar emot remisser som gäller barn i skolåldern med frågeställning DLD.

Tabell 1: Antal logopedtjänster vid logopedimottagningar i mars–april 2024, per region, barn 0–6 år med DLD respektive barn 7–17 år med DLD, dyslexi, eventuell dyskalkyli. Logopedtjänster per totalt antal barn i befolkningen, per region och åldersgrupp.

| Region (Antal mottagningar som svarat / totalt antal mottagningar per region) | Totalt antal tjänster ¹ | Tjänster med inriktning DLD 0–6 år ² | Tjänster med inriktning DLD 7–17 år ² | Antal barn per tjänst med inriktning DLD 0–6 år | Antal barn per tjänst med inriktning DLD 7–17 år |
|---|------------------------------------|---|--|---|--|
| Jämtland Härjedalen (1/1) | 5,0 | 4,0 (80 %) | 0 (0 %) | 1 325 | Ej aktuellt |
| Gotland (1/1) | 6,5 | 2,7 (42 %) | 1,3a (20 %) | 1 000 | 3 692 |
| Blekinge (2/2) | 8,0 | 4,0 (50 %) | 1,0a (13 %) | 1 925 | 13 500 |
| Kronoberg (2/2) | 8,1 | 7,0 (86 %) | 0 (0 %) | 1 243 | Ej aktuellt |
| Kalmar län (3/3) | 12,8 | 5,25 (41 %) | 1,9 (15 %) | 1 695 | 8 526 |
| Örebro län (3/3) | 13,9 | 6,5 (47 %) | 3,5 (25 %) | 2 277 | 7 771 |

| Region (Antal mottagningar som svarat / totalt antal mottagningar per region) | Totalt antal tjänster ¹ | Tjänster med inriktning DLD 0–6 år ² | Tjänster med inriktning DLD 7–17 år ² | Antal barn per tjänster med inriktning DLD 0–6 år | Antal barn per tjänster med inriktning DLD 7–17 år |
|---|------------------------------------|---|--|---|--|
| Västmanland (1/1) | 14,0 | 7,1 (51 %) | 3,1a (22 %) | 1 747 | 7 258 |
| Västernorrland (3/3) | 15,5 | 6,9 (45 %) | 1,1 (7 %) | 1 319 | 15 000 |
| Värmland (5/5) | 16,0 | 6,0 (38 %) | 2,0 (13 %) | 1 716 | 9 400 |
| Uppsala (1/1) | 18,4 | 9,3 (51 %) | 3,0 (16 %) | 2 043 | 11 333 |
| Västerbotten (3/3) | 18,5 | 5,7 (31 %) | 1,6 (9 %) | 2 035 | 13 188 |
| Sörmland (3/3) | 19,0 | 6,5 (34 %) | 3,3 (17 %) | 2 154 | 7 727 |
| Dalarna (3/3) | 20,4 | 8,0 (39 %) | 2,0 (10 %) | 1 775 | 12 500 |
| Gävleborg (5/5) | 21,0 | 7,5 (36 %) | 1,5a (7 %) | 1 653 | 15 000 |
| Jönköpings län (3/3) | 23,4 | 12,5 (53 %) | 3,7a (16 %) | 1 504 | 9 270 |
| Halland (6/6) | 28,3 | 12,0 (43 %) | 3,5 (12 %) | 1 350 | 8 429 |
| Östergötland (4/4) | 35,8 | 15,4 (43 %) | 8,6 (24 %) | 1 468 | 4 837 |
| Västra Götaland (7/7) | 44,9 | 22,1 (49 %) | 7,8 (17 %) | 3 122 | 16 026 |
| Skåne (7/7) | 77,3 | 27,6 (36 %) | 18,1 (23 %) | 2 888 | 8 011 |
| Stockholm (10/78) | 111 | 39,0 (35 %) | 23,0 (21 %) | Ofullständiga data | Ofullständiga data |
| Norrbottnen (0) | i.u. | i.u. | i.u. | Data saknas | Data saknas |
| TOTALT | 517,8 | 215,1 (42 %) | 90,0 (17 %) | Data saknas | Data saknas |

¹ = antal heltidstjänster, alla patientgrupper. ² = av totalt antal tjänster per region. a = utredning av dyslexi eller dyskalkyli görs inte i denna åldersgrupp eller inte alls. i.u. = ingen uppgift.

Svaren omfattar mottagningar på följande platser, per region: Blekinge: Karlshamn och Karlskrona. Dalarna: Falun, Mora, Ludvika. Gotland: Visby. Gävleborg: Gävle, Söderhamn, Hudiksvall, Bollnäs, Ljusdal. Halland: Laholm, Halmstad, Hyltebruk, Falkenberg, Varberg, Kungsbacka. Jämtland-Härjedalen: Östersund. Jönköpings län: Jönköping, Värnamo, Eksjö. Kalmar län: Kalmar, Oskarshamn, Västervik. Kronoberg: Ljungby, Växjö. Skåne: Helsingborg, Kristianstad, Landskrona, Malmö, Trelleborg, Ängelholms, Ystad. Stockholm: Södertälje; Danderyds sjukhus med 9 mottagningar i Danderyd, Jakobsberg, Lidingö, Norrtälje, Sollentuna, Solna, Vallentuna, Vaxholm, Åkersberga. Sörmland: Nyköping, Katrineholm, Eskilstuna. Uppsala: Uppsala. Värmland: Arvika, Karlstad, Kristinehamn, Säffle, Torsby. Västerbotten: Lycksele, Umeå, Skellefteå. Västmanland: Västerås. Västernorrland: Sollefteå, Sundsvall, Örnsköldsvik. Västra Götaland: Göteborg, Trollhättan, Mölndal, Alingsås, Kungälv/Stenungssund, Skaraborg, Borås. Örebro län: Örebro, Lindesberg, Karlskoga. Östergötland: Norrköping, Linköping, Finspång, Motala/Mjölby.

3.1.1.4. Kommentar

En majoritet av det totala antalet logopedtjänsterna vid de regionala logopedimottagningarna i Sverige (Region Norrbotten och Region Stockholm ej inräknade) arbetar med DLD och/eller dyslexi hos barn 0–6 år respektive 7–17 år. Fler arbetar med den yngre åldersgruppen än med den äldre. Hur stor andel av det totala antalet logopedtjänster som arbetar med DLD och/eller dyslexi i en region, varierar från 31 % i Region Västerbotten till 86 % i Region Kronoberg. Variationen beror på skillnader i vilka andra patientgrupper logopedimottagningar har ansvar för, beroende på exempelvis hur mottagningarna är organiserade och var logopeder inom olika specialistområden är anställda inom hälso- och sjukvården i respektive region.

Förutsatt att förekomsten av DLD är lika i alla regioner, råder ojämlik tillgång till logopeder i förhållande till antal barn som bor i respektive region. Man kan anta att det råder sämre tillgång till logoped för barn 0–6 år i Västra Götalandsregionen och Region Skåne, än i övriga Sverige. Relativt sett bäst tillgång kan man förvänta sig i Region Gotland och i Region Kronoberg.

Dessa skillnader på mellan 3–4 gånger fler barn per logopedtjänst i ett flertal regioner, jämfört med de som har minst antal barn boende i respektive region per logoped, kan påverka förutsättningarna till att kunna erbjuda likvärdiga insatser för barn och deras vårdnadshavare. För få logopedtjänster kan leda till längre väntetider, ökad risk för sänkt kvalitet på insatser samt underremittering av DLD i regioner med låg logopedtäthet, eftersom mottagningarna inte kan möta remittentens behov. Barn med misstänkt DLD och/eller dyslexi i åldern 7–17 år kan antas ha bättre tillgång till logopediska insatser vid de regionala logopedimottagningarna i Region Gotland än i resten av Sverige, förutsatt att prevalensen för DLD och dyslexi är densamma i hela landet.

När patienterna erbjuds ojämlik vård, har även logopeder olika förutsättningar att utföra det kliniska arbetet.

3.1.2. Barnhälsovård (BHV)

Barnhälsovård (BHV) riktar sig till alla barn i åldrarna 0–6 år samt deras vårdnadshavare [37]. När barnet är inskrivet på skola överförs ansvaret för hälsovård till elevhälsans medicinska insats. Huvuduppgiften är att följa och stödja alla barns hälsa och utveckling samt förebygga ohälsa och tidigt uppmärksamma och initiera åtgärder vid behov. Hälsoövervakning i BHV innebär inte att diagnostisera men att tidigt identifiera behov av insatser och initiera hjälp och stöd. BHV står för

majoriteten av inkommande remisser till barnlogopedin. Det gäller barn som identifieras med språkscreening vid 2,5–3 års ålder eller andra åldrar vid utvecklingsbedömning eller när föräldrafrågor uppstår. Barnhälsovård erbjuds på BVC och där finns specialistsjuksköterskor, läkare och psykologer. I alla regioner finns även en central BHV-enhet som ansvarar för att utbilda personal, leda verksamhetsutveckling, följa kvalitet och utveckla metoder.

Samtliga 21 regioners centrala BHV-enheter har tillfrågats om de har logopedtjänster i verksamheten. I kartläggningen framkommer att åtta regioner (38 %) har totalt 4,6 logopedtjänster inom sina centrala BHV-enheter, men i varierande omfattning: Västra Götalandsregionen (1,5 tjänster), Region Västerbotten (1,0 tjänster), Region Uppsala (0,55 tjänster), Region Sörmland (0,5 tjänster), Region Dalarna (0,45 tjänster), Region Jönköpings län (0,4 tjänster), Region Örebro län (0,4 tjänster) och Region Kronoberg (0,15 tjänster). Övriga 13 regioner saknar logopedtjänster inom central BHV.

3.1.2.1. Kommentarer

Det framkommer att endast en minoritet av regionerna har logopedier anställda inom den centrala BHV-verksamheten, vissa med endast enstaka procent av en heltid. Logoped inom central barnhälsovård förväntas ha kompetens som spänner över såväl kommunikation, språk och tal som över ätförmåga hos barn under sex år. Majoriteten av regionernas centrala BHV-verksamhet saknar logopedtjänst. Det finns i allmänhet inga logopedtjänster som ger behandlande insatser på primärvårdsnivå förutom inom ramen för enstaka projekt eller genom filialer till specialistvård.

Ett viktigt uppdrag för BHV är att förebygga ohälsa och tidigt uppmärksamma avvikelser i utvecklingen. Den ojämna tillgången till logoped inom BHV, såsom inom specialistvården, innebär att språkliga och kommunikativa svårigheter hos barn kan uppmärksammas i varierande grad beroende på var i landet barnet bor. Barns svårigheter med språkliga funktioner och även med ätande kan samförekomma med andra utvecklingsrelaterade tillstånd, och kan därför utgöra en tidig indikator på flera andra funktionsavvikelser (se avsnitt 1.1), vilket ytterligare talar för vikten av tidig upptäckt, rådgivning och vidareremittering.

Med egen logopedkompetens inom BHV, såväl vid BVC-mottagningarna som centralt vid BHV-enheterna, skulle vårdkedjan kunna kortas, genom att föräldrar till barn som har svårigheter med tal, språk, kommunikation, ätande och sväljning fångas upp direkt på BVC-mottagningarna och tidigt får logopediska råd och stöd kring barnens svårigheter.

Det är vanligt att central BHV utan egen logopedtjänst samarbetar med regionens logopedimottagningar i utbildningsinsatser. Detta samarbete är viktigt för både BHV och logopedimottagningarna i båda parter önskan om att tidigt upptäcka och hjälpa barn med behov av logopediska insatser. Det går att anta att när logoped finns inom centrala BHV-enheter sker kompetensutveckling till BHV-personal i större teamsamverkan med andra professioner inom BHV. Det är dock iögonfallande litet antal logopedtjänster inom central BHV och det går att ifrågasätta huruvida tjänstgöringsgraden hos de logopedier som är anställda inom central BHV är tillräcklig för att uppnå fördelarna med önskad teamsamverkan [38].

3.1.3. Barn- och ungdomshabilitering (BoU-habilitering)

Variationer kan förekomma mellan regioner men generellt är BoU-habiliteringens målgrupp personer upp till 18 år med medfödda eller tidigt förvärvade, bestående funktionsnedsättningar som innebär rörelsenedsättning, intellektuell funktionsnedsättning eller autism. Habilitering

innebär insatser som ska bidra till att en person som har en medfödd, eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga och kan leva ett så självständigt liv som möjligt och aktivt delta i samhällslivet [39].

Habiliteringen har inte uppdrag riktat mot utredning, diagnos och/eller intervention till personer med enbart DLD, däremot ges sådana insatser till barn med utvecklingsrelaterade språkstörningar som del av eller i kombination med andra tillstånd. Dessa individers behov är ofta komplexa och logopedens kompetens gällande framför allt kommunikation och dysfagi är viktig för insatser till individer med flerfunktionshinder. DLD ingår således inte i habiliteringens uppdrag om inte barnet har någon av de diagnoser som habiliteringen har i uppdrag att arbeta med.

Tillgång till logoped finns vid habiliteringsmottagningarna och de är oftast anställda i verksamheten. I denna rapport har dock ingen information samlats in om antal logopedtjänster per region inom BoU-habiliteringen.

I vissa regioner anlitas logopedier från andra verksamheter. Det finns ingen nationell beskrivning av vilka professioner som ska finnas på habiliteringen, men logopedier ingår i de professioner som behövs för att man ska kunna utföra uppdraget utifrån målgruppens behov (Personlig kommunikation 2024-05-15, Petra Bovide, verksamhetschef Habiliteringen Region Skåne).

3.1.3.1. Kommentar

I Socialstyrelsens publikation Nationellt stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel [39] poängteras vikten av att arbeta multiprofessionellt i team för en personcentrerad nära vård som utgår från individens mål och behov. Vidare lyfts det som en försvårande faktor när habiliteringens olika professioner finns i olika verksamheter, på olika vårdnivåer och inte sällan också hos olika huvudmän.

Man kan därför anta att verksamheter i vilka logopeden är del av ett multiprofessionellt team har bättre förutsättningar att erbjuda personcentrerade och nära habiliteringsinsatser för individer i målgruppen. Logopedier verksamma inom BoU-habiliteringen har bättre möjlighet till verksamhetsövergripande samverkan och utvecklingsarbete genom exempelvis nationella nätverk, ökad samsyn, samordning och metodutveckling.

3.1.4. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Regionernas barn- och ungdomspsykiatriska (BUP) mottagningar erbjuder specialiserad psykiatrisk vård, utredning och behandling för barn och ungdomar under 18 år. Vårdprocessen och målgruppen varierar något mellan regionerna, men gemensamt riktar man sig till barn och ungdomar med allvarliga psykiska besvär. Barn och unga med milda till måttliga psykiska besvär hänvisas i många regioner till primärvården. Inom vissa regioner har BUP huvudansvaret för utredning och behandling gällande funktionsnedsättningar, som exempelvis autism och ADHD, medan det i andra regioner är särskilda team inom den barnmedicinska specialistvården eller BoU-habiliteringen som har ansvar för denna målgrupp. I flera regioner har privata företag avtal med regionen att få göra dessa utredningar.

Samtliga 21 regioner har tillfrågats om förekomst av logopedtjänster inom BUP. Kartläggningen visar att endast ett fåtal regioner har logoped anställd inom BUP: Västra Götalandsregionen, Region Värmland och Region Gävleborg. Fem regioner har avstått från att svara och övriga tolv regioner har inga logopedtjänster inom BUP.

I fem regioner; Region Stockholm, Region Uppsala, Region Västmanland, Region Östergötland och Västra Götalandsregionen, finns logoped anställd inom särskilda utvecklingsneurologiska utredningsteam. Utredningsteamerna är organiserade på specialistvårdsnivå (Region Stockholm, Region Västmanland och Västra Götalandsregionen), i privat regi (Region Östergötland) och inom BHV (Region Uppsala).

3.1.4.1. Kommentarer

Utifrån beskrivningen av målgruppen för barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet är det rimligt att barn och unga med DLD utgör en del av patientunderlaget hos BUP, exempelvis vid utredning och diagnostik av beteende- och utvecklingsrelaterade tillstånd, men också för att DLD i sig utgör en ökad risk för att drabbas av psykisk ohälsa med psykiatriska besvär eller tillstånd som följd.

Vid utredning av utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar är en sammanhållen utredning, som inkluderar en bedömning av språklig och kommunikativ förmåga (liksom talförmåga och ätande), av stor betydelse ur ett barnperspektiv för att säkerställa rätt riktade stödinsatser, något som även framhävs i exempelvis DSM-5. En sammanhållen utredning skulle också underlätta en enhetlig återkoppling exempelvis i skolan, där utlåtanden och rekommendationer ska tillämpas.

Det är viktigt att samtliga professioner inom barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet har kunskap om samförekomst av språklig funktionsnedsättning tillsammans med övriga beteende- och utvecklingsrelaterade tillstånd.

Tillgången till logopedisk kompetens inom BUP är begränsad. Man kan anta att de mottagningar som har tillgång till logoped har bättre förutsättningar till god patientsäkerhet, säkrare vårdkedjor och bättre vårdeffektivitet gällande utredning och behandling för barn och ungdomar med logopediska diagnoser, än de mottagningar som inte har logoped i sin verksamhet.

3.1.5. Förskola/skola

För att kartlägga hur tillgången till logopedier verksamma inom förskola och skola ser ut i landets kommuner, skickades frågan "Hur många logopedtjänster riktade till förskola och/eller skola finns i er kommun/ert upptagningsområde" via e-post till:

- Logopedchefer/logopedier inom regionernas logopedimottagningar med samverkansuppdrag riktade till upptagningsområdets skollogopedier.
- Kommunernas utbildningsförvaltningar.
- Skollogopednätverk, nationella och lokala.

Det har inkommit fullständiga svar från 15 regioner, svaren avser inrapportering från samtliga kommuner i 15 regioner/län. Från sex regioner har ofullständiga svar inkommit, svaren omfattar endast någon eller några av länets kommuner. I de fall där det inte finns fullständiga svar har Logopedförbundets statistik från 2019–2022 [40] använts för att komplettera informationen gällande förekomst av tjänster. Antal tjänster att tillgå baseras på inrapporterat underlag i denna kartläggning.

Tabell 2: Antal och andel kommuner med logopedtjänster inom pedagogisk verksamhet eller central elevhälsa samt antal logopedtjänster per region/län, mars–april 2024.

| Region (kommuner per region) | Antal kommuner med logopedtjänster inom pedagogisk verksamhet/central elevhälsa per region | Andel kommuner med logopedtjänster inom pedagogisk verksamhet/central elevhälsa per region | Antal logopedtjänster |
|---------------------------------|--|--|-----------------------|
| Gotland (1) | 1 | 100 % | 1 |
| Uppsala (8) | 6 | 75 % | 22 |
| Västernorrland (7) | 5 | 71 % | 8 |
| Skåne (32) | 22 | 69 % | 71 |
| Västerbotten (15) | 10 | 67 % | 1 |
| Kronoberg (8) | 5 | 63 % | 1 |
| Södermanland (9) | 5 | 56 % | 1 |
| Västra Götaland (49) | 27 | 55 % | 65 |
| Jönköpings län (13) | 6 | 46 % | 10 |
| Halland (6) | 3 | 50 % | 1 |
| Jämtland (8) | 4 | 50 % | 6 |
| Stockholm (26) | 12 | 46 % | 26 |
| Blekinge (5) | 2 | 40 % | 3 |
| Gävleborg (10) | 4 | 40 % | 6 |
| Östergötland (13) | 5 | 39 % | 35 |
| Kalmar län (12) | 4 | 33 % | 1 |
| Dalarna (15) | 5 | 33 % | 10 |
| Västmanland (10) | 3 | 30 % | 7 |
| Örebro län (12) | 2 | 17 % | 6 |

| Region (kommuner per region) | Antal kommuner med logopedtjänster inom pedagogisk verksamhet/central elevhälsa per region | Andel kommuner med logopedtjänster inom pedagogisk verksamhet/central elevhälsa per region | Antal logopedtjänster |
|---------------------------------|--|--|-----------------------|
| Värmland (16) | 2 | 13 % | 3 |
| Norrbottnen (14) | 1 | 7 % | 1 |
| Riket (288) | 134 | 47 % | 1 |

¹ = ingen uppgift eller ofullständiga uppgifter.

Kartläggningen visar att alla Sveriges regioner har logoped i förskola/skola. Tillgången till logoped i förskola eller skola är dock väldigt ojämnt fördelad. Andelen kommuner inom en region som har skollogoped varierar från 7 % till 100 %. De tre regionerna med högst andel kommuner med skollogoped (efter Region Gotland) är Region Västernorrland, Region Skåne och Region Västerbotten (67–71 %). De regioner som har lägst andel kommuner med skollogoped (7–13 %) utgörs av Region Norrbotten, Region Örebro län och Region Värmland. Observera att Region Gotland utgörs av en enda kommun, övriga regioner har mer än en kommun.

Hälften av alla Sveriges kommuner (n=134, 47 %) har logoped anställd inom pedagogisk verksamhet.

Respondenterna har även svarat på följdfrågor vad gäller tillgång till logoped, de beskriver olika sätt att organisera logopeduppdraget och elevhälsoarbetet i stort. I vissa kommuner har man en central elevhälsa där logoped är anställd tillsammans med övrig elevhälsopersonal. I dessa fall jobbar logopederna ofta mot flera grundskolor och i flera fall även mot anpassad grundskola eller förskola. Dessa uppdrag beskrivs ofta som huvudsakligen inriktade mot hälsofrämjande och förebyggande insatser snarare än individriktade, utredande och behandlande åtgärder. I många fall är logopederna i stället lokalt anställd på en skola med rektor som närmaste chef och dessa uppdrag beskrivs oftare som mer individriktade, det vill säga med fokus på insatser riktade till enskilda elever.

Respondenterna beskriver också i många fall att det saknas rutiner och avtal för samverkan med logopederna i andra verksamheter utanför skolan, exempelvis med BUP, BoU-habiliteringen och logopedimottagning.

En förfrågan om tillgång till skollogoped har också ställts till ett urval friskolekoncerner och fristående bemanningseenheter för elevhälsa: AcadeMedia Grund (26 000 elever), Jensen Friskolor Grund (4 200 elever) och IES (31 000 elever), samt Skolpool (som arbetar med mer än 110 skolor). Samtliga har svarat att de inte har skollogoped i sin verksamhet. Även andra stora aktörer har tillfrågats, men de har inte svarat.

En särskild form av behandling av DLD sker i samarbete mellan kommuner och regioner och utgörs av de så kallade språkförskolorna. Vanligen är de organiserade så att kommunen står för lokaler och förskolepersonal medan regionen bidrar med logopedresurs i olika omfattning. Logopederna kan vara anställd i pedagogisk verksamhet eller vid en logopedimottagning och ha en del av sin tjänst förlagd till en språkförskola. Barn med DLD i åldersgruppen 3–6 år, med betydande språkliga

svårigheter, diagnostiseras på logopedimottagningar och ansöker därefter om en plats i språkförskolan, genom ett slags remissförfarande. Barnen i språkförskolan placeras i små grupper, ofta integrerade i en större grupp med barn utan särskilda behov. Logopeden ger insatser till barnen, både individuellt och i grupp, och har även i uppgift att handleda personalen. Målet är att erbjuda barnen insatser i så stor omfattning som möjligt i en anpassad miljö. Språkförskolor finns endast på ett fåtal ställen. Kartläggning av tillgång till logopediska insatser i språkförskolor har inte ingått i föreliggande uppdrag.

3.1.5.1. Kommentar

Olikheter i uppdrag och organisation medför stora skillnader både mellan och inom kommuner gällande vilka elever som kan dra nytta av den logopediska kompetensen. Beroende på vilken kommun barnet bor i, och till och med beroende på vilken skola barnet går på, kan möjligheten att få stöd av logoped i skolan variera kraftigt.

Varierande förutsättningar för samverkan mellan logopeder inom och utanför skolan innebär stora skillnader i möjligheterna till samordning kring insatser och samverkan i vårdkedjan för barn och ungdomar med DLD. I vissa regioner/kommuner finns väl uppbyggd samverkan med tydliga rutiner, medan detta helt saknas i andra regioner/kommuner, vilket påverkar likvärdighet i tillgång till stöd för barn och ungdomar med DLD.

3.1.6. Diskussion

Tillgång till logoped för insatser i form av utredning, diagnostik och intervention vid DLD skiljer sig åt beroende på var i landet barnet bor och vilken ålder barnet har. Stora skillnader i tillgång till logopediska insatser framkommer både inom och mellan regioner.

Logopeder finns i de regionala logopedimottagningarna, inom BoU-habiliteringen samt inom Vårdval logopedi. Logopeder finns också i olika omfattning inom pedagogiska verksamheter i 47 % av landets kommuner. Logopeder finns i mycket begränsad omfattning eller inte alls inom BHV och BUP. Dessa verksamheter har visserligen olika uppdrag, men barn och ungdomar med DLD rör sig mellan dessa instanser. Utifrån ett vårdutvecklingsperspektiv inom ramen för Nära Vård [41, 42], vore det värdefullt att undersöka hur personer med DLD och deras vårdnadshavare upplever hur samverkan kring övergångar mellan olika verksamheter fungerar. Detta skulle kunna bidra till en ökad patientsäkerhet och effektivare vårdkedja.

Det finns ingen referenssiffra för vad som utgör en rimlig logopedtäthet inom olika logopediska diagnosområden i Sverige. Logopedförbundet har tidigare publicerat antal logopeder per 100 000 invånare per region [40], med syfte att jämföra logopedtäthet mellan regioner överlag. I föreliggande rapport beskrivs i stället förhållandet mellan antal invånare i specifika åldersgrupper genom antalet logopedtjänster som arbetar med DLD, per region. Det betyder att perspektivet har vänts från antal logopeder per invånare, till antal invånare per logoped. Syftet var att dels undersöka om det råder olika förutsättningar för regionernas logopedimottagningar att matcha storleken på befolkningsunderlaget – vilket det verkar göra – dels att lyfta befolkningens mängd som en möjlig faktor att beakta vid planering av antal logopedtjänster som behövs vid logopedimottagningarna för mer jämlika förutsättningar till att kunna erbjuda insatser till barn och ungdomar med DLD. Föreliggande rapportens medelvärde för logopedtäthet (se tabell 1) kan dock inte användas som ett riktmärke att sträva efter, eftersom vi inte vet om medelvärdet, eller ens

toppvärdet är tillräckligt för att tillgodose de behov av logopediska insatser barn och unga med DLD kan ha.

Inom primärvården används ett socioekonomiskt behovsindex, Care Need Index (CNI), som anger vårdtyngd för ett geografiskt område. CNI används inte av logopedimottagningarna inom regional specialistvård, baserat på den information arbetsgruppen har. Ett befolkningsbaserat behovsindex skulle kunna utvärderas som metod att använda vid beräkning av vilken logopedtäthet det finns behov av kopplat till DLD, inom olika verksamheter.

DLD är en av de vanligaste funktionsnedsättningarna bland skolbarn i grundskolan och även i den anpassade grundskolan är behovet av insatser av språk- och kommunikationsstödjande karaktär mycket stort. Det finns stora brister i kunskap om språkstörning inom skolan [43-45] och även stora brister i förutsättningarna att ge adekvat stöd till elever med DLD [46]. Samtidigt framkommer i rapporten Nuläge och utmaningar i elevhälsan, som sammanställts av SKR vart tredje år sedan 2015 [46-49] att bland de icke-lagstadgade yrkesgrupper som förekommer i elevhälsan, brukar logopederna vara en av de största. Det betyder att trots att det inte finns formellt krav på logoped i elevhälsoteamen, finns behov av logopederna inom skolan.

Totalt sett till hela landet, med undantag av region Stockholm och Norrbotten, finns det ungefär lika många logopedtjänster inom regional logopedi med inriktning mot barn 0-17 år med DLD och dyslexi (305 tjänster) som antal logopedtjänster inom förskola/skola (295 tjänster).

I flera regioner finns fler logopedtjänster inom pedagogisk verksamhet än logopedtjänster inom regional logopedi, exempelvis i Uppsala, Skåne och Västra Götaland (se tabell 1 och tabell 2). Det finns även exempel på regioner där antalet logopedtjänster är högre inom regionen än i pedagogiska verksamheter, såsom exempelvis i Gävleborg och Blekinge, trots att regional logopedi i Blekinge inte utreder läs- och skrivsvårigheter hos barn i skolåldern. Logopediska insatser inom dessa verksamheter innebär helt olika uppdrag och ansvar, även om båda arbetar med DLD och även andra tillstånd hos barn och unga. Faktorer som kan påverka förhållandet mellan antalet regionala tjänster respektive tjänster inom pedagogiska verksamheter är relevanta att utreda inom ramen för nära vård.

Det är avgörande att barn med DLD får hjälp och stöd i skolan, dels för att utveckla sina språkliga förmågor, dels för att kompensera för de hinder för inlärning som uppstår i mötet med den komplexa språkmiljö som skolan och undervisningen utgör. Ökad likvärdighet och även ökad tillgång till logopedisk intervention i förskola/skola till barn och ungdomar med DLD är önskvärd, särskilt som DLD är starkt kopplat till skolmisslyckande, vilket i sig innebär ökad risk för låg självkänsla, psykisk ohälsa, utanförskap och arbetslöshet.

3.2. Tillgång till insatser för barn med DLD på logopedimottagningarna

För att kartlägga likheter och skillnader i väntetider och tillgång till regionala logopediska insatser för barn 0-17 år med DLD, eftersöktes statistik från landets logopedimottagningar. Med insatser avses logopedisk utredning, diagnostik och intervention. Syftet var att undersöka skillnader och likheter inom och mellan regioner gällande följande frågor:

- Erbjuder samtliga mottagningar/regioner både utredning och intervention till barn 0–6 år som kommer på remiss med frågeställning DLD respektive barn 7–17 år med frågeställning DLD och/eller dyslexi?
- Hur många remisser per mottagning/region med frågeställning DLD per år under åren 2021, 2022 och 2023 gällande barn 0–6 år respektive 7–17 år har inkommit under respektive år?
- Hur lång är den genomsnittliga väntetiden per mottagning/region inför nybesök för barn som kommer på remiss med frågeställning DLD vid en mätpunkt (mars–april 2024)?
- Hur stor andel barn med frågeställning DLD, per mottagning/region, har kallats till nybesök inom 90 dagar under 2023?
- Hur många remisser på barn med frågeställning DLD remitteras vidare till annan region för utredning inom ramen för vårdgarantin, för att den egna regionen inte har resurser och därmed inte klarar att hålla vårdgarantin?

Underlag till kartläggningen har efterfrågats via Sveriges Kommuner och Regioner, Logopedchefsföreningen och direkt via regionala logopedi-mottagningar.

Den första frågan har besvarats av 17 regioner (se tabell 3) och det har inkommit svar från 20 av 21 regioner på de fyra sista frågorna. Den region som saknas i samtliga frågor är Region Norrbotten, som på grund av byte av journalsystem inte kunnat prioritera frågan. För Region Stockholm, Region Kalmar län och Region Västernorrland finns statistik från en eller flera av regionens logopedimottagningar, men inte samtliga. I Västra Götalands-regionen, Region Östergötland och Region Örebro län finns statistik från samtliga mottagningar för några delfrågor, men inte för alla. För resterande regioner omfattar statistiken som presenteras alla regionens logopedimottagningar.

3.2.1. Utredning och intervention till barn med DLD

FRÅGA: Erbjuder samtliga mottagningar i respektive region både utredning och intervention kopplat till DLD till barn 0–6 år respektive barn 7–17 år med frågeställning DLD och/eller dyslexi? Se tabell 3 för redovisade svar från de regioner där det har inkommit underlag från samtliga regionala logopedimottagningar.

Kartläggningen visar att av de 17 regioner där svaren omfattar samtliga mottagningar i regionen, erbjuder 14 regioner utredning av DLD upp till 17 års ålder. Region Kronoberg utreder DLD hos barn upp till 6 års ålder, men inte äldre barn. I Västra Götalandsregionen framkommer att cirka hälften av mottagningarna utreder DLD upp till 6 års ålder och resterande mottagningar tar emot barn upp till 17 års ålder för utredning av DLD.

För Region Stockholm, som är landets största vårdgivare, saknas heltäckande underlag på grund av uteblivna svar från de mottagningar som har kontaktats. Baserat på information från Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm (personlig kommunikation, Cecilia Mattson, 2024-06-10) framkommer att av de 78 avtalen inom Vårdval Logopedi i Region Stockholm, har 61 avtal ansökt om att arbeta med patienter med språk- och talstörning och 52 avtal gäller ansökan om att arbeta med läs- och skrivsvårigheter [50].

I elva av de 17 regioner som har svarat, erbjuds inte intervention kopplat till DLD till barn äldre än 6–7 år, trots att samtliga utreder DLD hos barn i skolåldern. Fyra regioner erbjuder intervention upp till 17 års ålder. I två regioner, Västra Götalandsregionen och Region Östergötland, råder

variation inom regionerna, det vill säga en del mottagningar erbjuder intervention för barn i alla åldrar och andra endast till barn upp till 6 års ålder.

Det framkommer även exempel på att det finns begränsningar för vilken typ av svårigheter barn i skolåldern kan få intervention för. I flera regioner ges intervention endast vid dysfonologi och olika talmotoriska svårigheter såsom taldyspraxi, samt vid stamning, men inte intervention för DLD även om barnet har nämnda tillstånd i samförekomst med DLD.

3.2.1.1. Kommentarer

Det framkommer i denna rapport att få av regionernas logopedimottagningar erbjuder intervention till barn i skolåldern med DLD. På frågan om varför, hänvisar regioner huvudsakligen till två förklaringar.

Den första handlar om uppfattningen om att intervention borde ges i skolan eftersom behoven av intervention hos skolbarn med DLD är långvariga och mycket omfattande. Den andra förklaringen handlar om att det är resultatet av beslut sedan lång tid tillbaka om prioritering av regionala resurser, det vill säga att logopedtjänsterna inte räcker till att erbjuda intervention till barn i alla åldrar. Det innebär att barnen efter att ha fått en DLD-diagnos hänvisas till skolan för fortsatta insatser.

Intervention till barn med DLD i skolålder bör visserligen innehålla handledning till barnets omgivning, såsom till lärare, men även till vårdnadshavare (de senare ingår inte i skolans uppdrag att handleda), men dessutom har barn med mer omfattande DLD i skolåldern nytta av direkt behandling [51]. Direkt behandling av barnets språkliga/kommunikativa funktioner, som leder till förbättrade funktioner och bättre självinsikt kan bidra till att minska risken för skolmisslyckande och psykisk ohälsa.

Skolan har ett annat uppdrag än regionen. Skollogopeders huvudsakliga fokus är att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Detta är i enlighet med elevhälsans uppdrag, vilket är att arbeta förebyggande och hälsofrämjande snarare än med diagnostik och behandling. Tillsammans med det faktum att logoped inte heller är en lagstadgad profession i elevhälsan, blir det därför problematiskt att regionerna hänvisar interventionsansvaret för barn med DLD till skolan, om inte lokala överenskommelser kring detta finns [52, 53].

Det är dock oklart vilka strategier som ligger till grund för prioriteringen av resurser till de olika diagnosområdena inom den regionala logopedin. Information som kommit till arbetsgruppen, pekar på att prioriteringen verkar vara lokalt styrd, ofta baserad på beslut på mottagningsnivå eller i samverkan mellan mottagningar inom en region. Regionerna verkar inte heller ha övergripande strategiska tjänstefunktioner eller centrala enheter med ansvar att leda verksamhetsutveckling, följa kvalitet och utveckla metoder, såsom inom exempelvis BHV och BUP och BoU-habiliteringen.

I Socialstyrelsens förstudie om DLD Sammanställning av förstudie till kunskapsstöd med eller utan nationella rekommendationer [45] belyses konsekvenser av DLD i ett livsperspektiv. Förstudien lyfter att tillgången till vård för individer med DLD är ojämlig i Sverige. Som exempel beskrivs att vissa regioner inte tar emot skolbarn för insatser kopplade till DLD. Denna förstudie har följts upp med en kompletterande förstudie Kunskapsstöd för utredning och behandling av språkstörning – kompletterande förstudie [54]. I den kompletterade förstudien besvaras bland annat frågan om regionernas logopedimottagningar kan utestänga barn i skolåldern från insatser kopplade till DLD. Beskedet från Socialstyrelsens jurister inom hälso- och sjukvårds- respektive socialjuridik är att:

”... det inte går att hitta något stöd för en begränsning av vårdgarantin relaterat till ålder i lag i regelverket. 9 kap 1 § i hälso- och sjukvårdslagen pekar däremot på den allmänna skyldigheten att erbjuda vård inom regionen, det vill säga reglerna i 8 kap 1–2 §§ gäller.” [54].

Till föreliggande rapport har det samlats in underlag gällande vid vilka åldrar barn kan få intervention kopplat till DLD vid logopedimottagningarna i de olika regionerna, men uppdraget har inte omfattat undersökning av vilken kvalitet eller vilket innehåll interventionen har.

Tabell 3: Regioner där logopedimottagningar erbjuder barn i åldersgrupperna 0–6 år respektive 7–17 år utredning och/eller intervention relaterat till DLD, i mars–april 2024.

| Region | Alla mottagningar i regionen utreder DLD upp till 17 år | Alla mottagningar i regionen utreder DLD endast upp till 6 års ålder | En del mottagningar utreder DLD upp till 17 år, men inte alla | Erbjuder intervention vid alla mottagningar upp till 6 eller minst 17 år? |
|------------------------|---|--|---|---|
| Blekinge | Ja | Nej | Nej | 6 år |
| Dalarna | Ja | Nej | Nej | 6 år |
| Gotland | Ja | Nej | Nej | 6 år |
| Gävleborg | Ja | Nej | Nej | 6 år |
| Jönköpings län | Ja | Nej | Nej | 6 år |
| Skåne | Ja | Nej | Nej | 6 år |
| Sörmland | Ja | Nej | Nej | 6 år |
| Uppsala län | Ja | Nej | Nej | 6 år |
| Västmanland | Ja | Nej | Nej | 6 år |
| Kronoberg | Nej | Ja | Nej | 6 år |
| Jämtland Härjedalen | Nej | Till ca 7 år | Nej | Till ca 7 år |
| Halland | Ja | Nej | Nej | 17 år |
| Kalmar län | Ja | Nej | Nej | 17 år |
| Värmland | Ja | Nej | Nej | 17 år |
| Örebro län | Ja | Nej | Nej | 17 år |

| Region | Alla mottagningar i regionen utreder DLD upp till 17 år | Alla mottagningar i regionen utreder DLD endast upp till 6 års ålder | En del mottagningar utreder DLD upp till 17 år, men inte alla | Erbjuder intervention vid alla mottagningar upp till 6 eller minst 17 år? |
|---|---|--|---|---|
| Östergötland | Ja | Nej | Nej | Olika inom regionen |
| Västra Götaland | Nej | Nej | Ja | Olika inom regionen |
| Stockholm | Nej | Nej | Ja | Ingen uppgift |
| Norrbottnen, Västerbotten, Västernorrland | Ingen uppgift | Ingen uppgift | Ingen uppgift | Ingen uppgift |

3.2.2. Antal remisser med frågeställning DLD

FRÅGA: Hur många remisser med frågeställning DLD tas emot per år fördelat på barn 0–6 år respektive 7–17 år per region, sammantaget för alla logopedimottagningar i regionen?

Syftet med frågan är att ta reda på om andelen remisser gällande DLD skiljer sig mellan regionerna i förhållande till befolkningsunderlaget. Underlaget innehåller en tidsperiod på tre år, 2021–2023 för att inte riskera att rapportera från ett enskilt år som kanske avviker väsentligt från tidigare år, men också för att se om det råder större förändringar över de senaste åren.

Se tabell 4 för antal mottagna unika remisser med frågeställning DLD som regionernas logopedimottagningar tagit emot under åren 2021, 2022, 2023 uppdelat på barn 0–6 år respektive 7–17 år, alternativt 0–17 år.

För denna delfråga har svar inkommit från 19 av 21 regioner, varav 13 regioner har lämnat information om remisser baserat på samtliga mottagningar i hela regionen. I de fall regionerna inte är representerade i sin helhet presenteras underlag från enskilda mottagningar.

Några regioner har inte kunnat ta fram exakta uppgifter och har då i stället estimerat antalet remisser. Det råder variation i hur regionerna kategoriserar remisser och mottagningarna verkar ha olika möjlighet att själva ta fram underlag om antal remisser utifrån specifika frågeställningar. Ibland ingår även remisser som har fler frågeställningar än enbart DLD i det underlag som har lämnats från regionerna. Samtidigt har andra regioner i sina svar beskrivit att de inte har kunnat räkna in remisser som innehåller fler frågeställningar vid sidan av DLD, eftersom den informationen inte finns att söka i regionens eller mottagningens översikt över remisser. Dessutom finns erfarenhet av att det inkommer remisser till logopedimottagningarna med andra frågeställningar än DLD, och som efter en logopedisk bedömning visar sig vara DLD.

Resultatet i tabell 4 bör tolkas med dessa olika parametrar och möjliga felkällor i åtanke, eftersom de påverkar både under- och överrapportering av remisser. Några regioner har inte kunnat ta fram underlag och inte heller kunnat estimera antal remisser.

Tabell 4. Antal accepterade remisser med frågeställning DLD på regionernas logopedimottagningar under åren 2021, 2022 och 2023, fördelat per 0–6 år respektive 7–17 år.

| Region | Mottagning | Ålder | Antal remisser 2021 | Antal remisser 2022 | Antal remisser 2023 | Andel av antal barn i regionen 2023 |
|------------------------|------------|--------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Blekinge | Samtliga | 0–6 | 408 | 509 | 498 | 6,5 % |
| Blekinge | Samtliga | 7–17 | 32 | 49 | 27 | 0,2 % |
| Dalarna | Samtliga | 0–6 | 694 | 683 | 678 | 4,8 % |
| Dalarna | Samtliga | 7–17 | 101 | 87 | 126 | 0,5 % |
| Gävleborg | Samtliga | 0–17 | i.u. | 1 275 | 1 308 | 3,8 % |
| Halland | Samtliga | 0–6 | i.u. | i.u. | i.u. | – |
| Halland | Samtliga | 7–17 | i.u. | i.u. | i.u. | – |
| Jämtland Härjedalen | Samtliga | 0–6 | 232 | 249 | 240 | 4,5 % |
| Jämtland Härjedalen | Samtliga | 7–17 | i.u. | i.u. | i.u. | – |
| Jönköpings län | Samtliga | 0–6 | 795 | 829 | 783 | 4,2 % |
| Jönköpings län | Samtliga | 7–17 | 80 | 79 | 82 | 0,2 % |
| Kronoberg | Samtliga | 0–6 | 395 | 453 | 399 | 4,6 % |
| Kronoberg | Samtliga | 7–17 | Ej aktuellt | Ej aktuellt | Ej aktuellt | – |
| Skåne | Samtliga | 0–6 | 3 742 | 3 440 | 3 195 | 4,0 % |
| Skåne | Samtliga | 7–17 b | 1 780 | 1 860 | 2 023 | 1,3 % |
| Sörmland | Samtliga | 0–6 | 855 | 812 | 903 | 6,0 % |
| Sörmland | Samtliga | 7–17 a | 91 | 114 | 177 | 0,6 % |

| | | | | | | |
|-----------------|-------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| Värmland | Samtliga | 0–6 | 750 | 650 | 550 | 5,3 % |
| Värmland | Samtliga | 7–17 | 280 | 240 | 200 | 1,1 % |
| Västerbotten | Samtliga | 0–6 | 732 | 810 | 809 | 7,0 % |
| Västerbotten | Samtliga | 7–17 | 82 | 100 | 94 | 0,4 % |
| Västmanland | Samtliga | 0–6 | 744 | 674 | 687 | 5,5 % |
| Västmanland | Samtliga | 7–17 | 195 | 204 | 200 | 0,8 % |
| Uppsala | Samtliga | 0–6 | 755 | 621 | 738 | 3,9 % |
| Uppsala | Samtliga | 7–17 c | 157 | 204 | 247 | 0,6 % |
| Kalmar län | Kalmar | 0–6 | 129 | 237 | 249 | – |
| Kalmar län | Kalmar | 7–17 | 90 | 50 | 45 | – |
| Stockholm | Danderyd | 0–6 | 1 339 | 1 163 | 1 244 | – |
| Stockholm | Danderyd | 7–17 | 1 244 | 1 118 | 1 204 | – |
| Stockholm | Röstkonsulten | 0–6 | 911 | 1018 | 999 | – |
| Stockholm | Röstkonsulten | 7–17 a | 1 200 | 1 238 | 1 016 | – |
| Stockholm | Södertälje | 0–6 | 262 | 315 | 288 | – |
| Stockholm | Södertälje | 7–17 | 45 | 52 | 59 | – |
| Västernorrland | Sundsvall | 0–6 | 282 | 244 | 277 | – |
| Västernorrland | Sundsvall | 7–17 | 50 | 50 | 80 | – |
| Västra Götaland | 6 av 7 mottagningar | 0–6 | 1 643 | 1 666 | 1 768 | 2,6 % |
| Västra Götaland | 6 av 7 mottagningar | 7–17 | 323 | 353 | 505 | 0,4 % |
| Västra Götaland | Drottning Silvias barnsjukhus | 0–17 d | 1 396 | 1 542 | 1 856 | – |
| Örebro län | Örebro | 0–6 | 628 | 546 | 466 | – |

| | | | | | | |
|--------------|------------|------|------|------|------|---|
| Örebro län | Örebro | 7–17 | 109 | 116 | 130 | – |
| Örebro län | Lindesberg | 0–6 | 142 | 107 | 151 | – |
| Örebro län | Lindesberg | 7–17 | 53 | 53 | 42 | – |
| Östergötland | Linköping | 0–6 | 634 | 643 | 552 | – |
| Östergötland | Linköping | 7–17 | i.u. | i.u. | i.u. | – |
| Östergötland | Norrköping | 0–6 | 500 | 500 | 500 | – |
| Östergötland | Norrköping | 7–17 | 275 | 275 | 275 | – |
| Östergötland | Finspång | 0–6 | 100 | 100 | 100 | – |
| Östergötland | Finspång | 7–17 | 10 | 10 | 10 | – |
| Gotland | samtliga | 0–17 | i.u. | i.u. | i.u. | – |
| Norrbottnen | samtliga | 0–17 | i.u. | i.u. | i.u. | – |

a = remisser med frågeställning språkstörning och dyslexi ingår. b= remisser med frågeställning språkstörning, dyslexi och dyskalkyli ingår. c = inkluderar upp till 19 år (befolkningsunderlag beräknat på 7–19 år). d= åldersindelning enligt 0–6 år respektive 7–17 år ej tillgänglig. – = Kan inte anges då det saknas fullständigt underlag. i.u. = ingen uppgift.

3.2.2.1. Förhållandet mellan remisser 0–6 år respektive 7–17 år

I informationen från 2023 framkommer att de logopedimottagningar som har besvarat frågorna till kartläggningen tar emot totalt 26 830 unika remisser avseende barn i åldern 0–17 år. Av dessa gällde 17 124 remisser barn i åldern 0–6 år och 6 542 remisser gällde barn 7–17 år. De mottagningar som har valt att rapportera antal remisser utifrån hela åldersspannet 0–17 år, rapporterar att de har tagit emot totalt 31 64 unika remisser.

Under de tre år 2021–2023 som underlaget omfattar, inkommer nästan tre gånger fler remisser för barn 0–6 år än barn 7–17 år sett till hela landet, men skillnaderna varierar mellan regionerna. Från två gånger fler remisser som rör barn 0–6 år (Region Skåne) till 13 gånger fler remisser som gäller barn 0–6 år (Region Blekinge) jämfört med åldersgruppen 7–17 år 2021.

3.2.2.2. Antal remisser – förändring över tid

I detta avsnitt väljer vi att se förändringar på minst 10 % som relevanta att nämna, men även förändringar som är mindre än 10 %, framgår i tabell 4.

I de allra flesta regioner har det inte skett en ökning eller minskning på minst 10 % av antalet remisser från 2021 till 2023, varken för åldersgruppen 0–6 år med DLD eller 7–17 år med DLD.

I de regioner för vilka det finns underlag från samtliga mottagningar, har remisser som gäller 0–6 åringar ökat med minst 10 % i två regioner (Region Blekinge 22 % och Region Västerbotten 11 %)

och samtidigt har andelen remisser minskat med minst 10 % i två andra regioner (Region Skåne 15 % och Region Värmland 27 %).

I de regioner för vilka det finns underlag från samtliga mottagningar, har remisser som gäller DLD hos barn 7–17 år ökat med minst 10 % från 2021 till 2023 i sex regioner (Region Dalarna 25 %, Region Skåne 14 %, Region Sörmland 95 %, Region Västerbotten 15 %, Västra Götalandsregionen 56 % och Region Uppsala 57 %). Minskning på minst 10 % rapporteras i två andra regioner (Region Blekinge 16 % och Region Värmland 29 %).

Det framkommer även skillnader inom regioner, exempelvis inom Västra Götalandsregionen och Region Örebro län. I Region Örebro län rapporteras en minskning på 26 % (162 färre remisser) av remisser som gäller DLD hos barn 0–6 år på en av mottagningarna, men ingen nämnvärd förändring på den andra mottagningen.

3.2.2.3. Andel remisser i förhållande till befolkningsunderlag

För att möjliggöra jämförelser av likheter och skillnader i antalet remisser mellan regioner har andelen remisser i förhållande till befolkningsunderlaget beräknats per region, det vill säga antal barn 0–6 år respektive 7–17 år per region delat med antal remisser. Denna beräkning har gjorts enbart för 2023 och för de regioner där det har inkommit underlag som omfattar samtliga logopedimottagningar i regionen (se tabell 4.). Beräkningen ger en bild av hur stor andel av befolkningen i åldersgrupperna 0–6 år respektive 7–17 år som under 2023 remitterades till logoped.

Resultatet visar att i alla regioner, förutom två, remitteras 3,9 % till 6,5 % av barnen i åldern 0–6 år, (median 4,8 %) till logopedimottagningarna med frågeställning DLD. I Västra Götalandsregionen remitteras minst andel barn 0–6 år (2,6 %) och i Region Västerbotten remitteras högst andel (7,0 %) i landet.

Andelen remisser i förhållande till befolkningsunderlaget 7–17 år ger en annan bild. Andelen varierar mellan som lägst 0,2 % i Region Blekinge och Region Jönköpings län och som högst 1,3 % i Region Skåne, det vill säga en omvänd placering jämfört med remisser som gäller barn 0–6 år, och med en median på 0,5 %. Detta innebär att i exempelvis Region Skåne remitteras mer än dubbelt så hög andel barn ur befolkningen till logoped jämfört med medianen för de 10 regioner som underlaget bygger på, och 6,5 gånger högre andel remisser i Region Skåne än i Region Blekinge, där minst andel ur befolkningen remitteras.

3.2.2.4. Kommentar

En faktor som försvårar jämförelsen är att andelen remisser gällande barn 7–17 år blir lägre i de regioner där logopedimottagningarna inte utreder dyslexi och dyskalkyli, utan endast DLD. Differensen mellan regioner som tar emot respektive de som inte tar emot remisser med frågeställning dyslexi och dyskalkyli hos barn i skolåldern, pekar på hur stort antal barn som skulle kunna förväntas vara i behov av en dyslexiutredning, utöver de som får remiss. Det rör sig exempelvis i Region Blekinge om cirka 40 barn utöver de 27 med remiss, om man utgår från att minst 0,50 % av befolkningen 7–17 år remitteras. Detta baseras på medianvärdet för hela landet gällande andel barn som remitteras i 7–17 års ålder (se tabell 4). Det skulle således innebära att det verkliga behovet av utredningar borde vara åtminstone 60 % högre än det som nu är aktuellt i exemplet för Region Blekinge.

Samtidigt verkar inte andelen barn som remitteras i skolåldern vara kopplat till antal logopedier i pedagogiska verksamheter, dvs om det finns fler tjänster där än inom regional logopedi. Man skulle kunna tänka sig att i de regioner där det finns ett högre antal logopedtjänster i pedagogisk verksamhet remitteras fler barn för utredning för att skolorna har den logopediska kompetensen, eller färre eftersom skollogopederna kan DLD. Dock framträder inget tydligt mönster som framgår i följande rapportresultat: I Västra Götalandsregionen och Region Uppsala finns dubbelt så många logopedtjänster inom pedagogisk verksamhet jämfört med regional logopedi. Där remitteras 0,4 % respektive 0,6 % av barnen (7–17 år) till regional logopedi. I Dalarna remitteras 0,5 % av barnen i åldern 7–17 år, och antalet tjänster inom pedagogisk respektive regional logopedi är lika.

Vilka logopediska diagnosgrupper som omhändertas på logopedimottagningarna varierar i landet. Förklaringen till variationen är ibland rent historisk, en annan förklaring kan vara mottagningens organisatoriska tillhörighet och nivå inom hälso- och sjukvården, men även vilka diagnosområden som prioriterats inom respektive region.

Vanligen är det övergripande logopediska uppdraget för regionen mycket knapphändigt formulerat, vilket inneburit att de olika mottagningarna i stor utsträckning har planerat sin verksamhet baserat på lokala beslut. Detta kan till viss del förklara ojämlik vård mellan regioner, men även inom regioner.

Noteras bör att åren 2021 och i viss mån 2022 i hög grad präglades av pandemin, vilket kan ha påverkat ovanstående siffror om antal remisser. Enligt arbetsgruppens kännedom finns det exempel på både minskade och ökade antal remisser under pandemiåren jämfört med tidigare år.

3.2.3. Genomsnittlig väntetid från remiss till nybesök

FRÅGA: Vilken är den genomsnittliga väntetiden till nybesök i mars/april 2024 för remisser gällande barn med DLD 0–6 år respektive 7–17 år, per mottagning eller region?

Se tabell 5 för presentation av logopedimottagningarnas väntetid till nybesök baserat på en mät punkt, i mars–april 2024, uppdelat barn 0–6 år respektive 7–17 år. Denna mät punkt för väntetid är en ögonblicksbild av väntetid vid tidpunkten för föreliggande kartläggning. Respondenterna har fått estimerat väntetid antingen i mars eller i april, beroende på när de svarade på frågan. I tabell 5 anges "ej aktuellt" i de fall där regionen eller mottagningen inte tar emot remisser inom det åldersintervall som kolumnen avser. I Region Västerbotten, liksom i Region Dalarna, skickas alla remisser med frågeställning DLD gällande åldersgruppen 7–17 år till en av respektive regions logopedimottagningar, medan remisser som gäller barn 0–6 år tas emot på alla mottagningar.

3.2.3.1. Barn 0–6 år

Av landets 21 regioner har 19 lämnat uppgifter om sina logopedimottagningars väntetid till nybesök för remisser gällande barn 0–6 år med misstänkt DLD, vid mät punkten mars/april 2024. Väntetiden varierar från som lägst 1–2 månader vid flera regioners mottagningar, till 24 månader vid en mottagning i Västra Götalandsregionen, och med ett medianvärde på 3,5 månader. Längst väntetider återfanns i Västra Götalandsregionen, men där rapporteras även en stor variation gällande väntetid vid regionens mottagningar, från 4 till 24 månader.

3.2.3.2. Barn 7–17 år

Median för väntetid till nybesök gällande barn 7–17 år med misstänkt DLD i de regioner som lämnat uppgifter, är 8 månader vid mätpunkten i mars/april 2024. Väntetiden varierar från som minst en månad på mottagningar i Region Stockholm till 36 månader i Region Värmland. Dessutom rapporteras väntetider på 24 månader i Region Västernorrland, på enskilda mottagningar i Region Skåne och i Västra Götalandsregionen, Region Örebro län och en mottagning i Region Östergötland rapporterar att 7-åringar respektive 7–8 åringar kallas enligt samma prioritering som åldersgruppen 0–6 år (se tabell 5) men att väntetiden för resterande inom åldersspannet 7–8 år är 0–6 månader i Region Örebro län respektive 7,5 månader på en mottagning i Region Östergötland.

Tabell 5. Andel (%) kallade till nybesök inom 90 dagar under 2023, min- max (median). Väntetider till nybesök på regionernas logopedimottagningar i mars–april 2024, för barn med remiss för utredning av DLD och/eller dyslexi.

| Region (eventuell mottagning) | Andel som kallats till nybesök inom 90 dagar 2023, 0–6 år | Andel som kallats till nybesök inom 90 dagar 2023, 7–17 år | Genomsnittlig väntetid till nybesök ¹ i mars/april 2024, 0–6 år | Genomsnittlig väntetid till nybesök ¹ i mars/april 2024, 7–17 år |
|--|---|--|--|---|
| Samtliga regioner min – max (median) | 0–100 % (26 %) | 0–100 % (0 %) | 1–24 (3,5 mån) | 1–36 (8 mån) |
| Blekinge | 100 % | 100 % | 2 mån | 2 mån |
| Dalarna | 46,2 % | i.u. | 4–5 mån | 9 mån |
| Gotland | i.u. | 0 % | 3,5 mån | 4 mån |
| Gävleborg | 100 % | 0 % | 2,5 mån | 6 mån |
| Halland | i.u. | i.u. | 2,5 mån | 2,5 mån |
| Jämtland Härjedalen | 0 % | 0 % | 6 mån | 6 mån |
| Jönköping | 100 % | 0 % | 2 mån | 14 mån |
| Kalmar län (Kalmar) | 98 % | 93 % | i.u. | i.u. |
| Kronoberg | 6 % | Ej aktuellt | 3 mån | Ej aktuellt |
| Norrbottnen | i.u. | i.u. | i.u. | i.u. |

| Region (eventuell mottagning) | Andel som kallats till nybesök inom 90 dagar 2023, 0–6 år | Andel som kallats till nybesök inom 90 dagar 2023, 7–17 år | Genomsnittlig väntetid till nybesök ¹ i mars/april 2024, 0–6 år | Genomsnittlig väntetid till nybesök ¹ i mars/april 2024, 7–17 år |
|-----------------------------------|---|--|--|---|
| Skåne | 0 % | 0 % | 3–15 mån | 6,5–24 mån |
| Stockholm | i.u. | i.u. | i.u. | i.u. |
| Stockholm (Logopedkliniken) | 31 % | 35 % | 1–13,5 mån | 1–13,5 mån |
| Stockholm (Röstkonsulten) | 100 % | 100 % | <3–3 mån | <3–3,5 mån |
| Stockholm (Södertälje sjukhus) | 32 % | 33 % | 1 mån | 3,5 mån |
| Sörmland | 50 % | 0 % | 2–6 mån | 8 mån |
| Uppsala | 19 % | 0 % | 10 mån | 14 mån |
| Värmland | 10 % | 15 % | 10 mån | 36 mån |
| Västerbotten | 80 % | 89,7 % | 2–5 mån | 5 mån |
| Västernorrland (Sundsvall) | 0 % | 0 % | 8 mån | 24 mån |
| Västmanland | 100 % | 0 % | 2 mån | 4 mån |
| Västra Götaland | 0 % / i.u. | 0 % / i.u. | 4–24 mån / i.u. | 8–24 mån / i.u. |
| Örebro | 26–52 % | 0–24 % | 3 mån | 3–22 mån |
| Östergötland | 0–100 % | 0–100 % | 1,5–5 mån | 1,5–10 mån |

¹ När uppgifter saknas för alla remisser i en region redovisas genomsnittlig väntetid som min–max. När uppgifter finns för hela regionen redovisas i stället median. i.u. = Ingen uppgift.

3.2.4. Tid för nybesök inom 90 dagar

Vad gäller att kalla barn 0–6 år till nybesök inom 90 dagar, uppger endast fem regioner (24 %) att de under 2023 kallade samtliga barn inom 90 dagar. Fyra regioner svarar 0 %, medan tre regioner kallar mellan 6–19 % av barn 0–6 år till nybesök. Tre regioner har inte besvarat frågan.

När det gäller barn 7–17 år, uppger tre av 20 regioner att de kallade mellan 89–100 % till nybesök inom 90 dagar. Tio regioner (50 %) uppger att de kallade 0 % av barnen inom 90 dagar under 2023. Fyra av regionerna har inte besvarat frågan, alternativt uppger att frågan inte är aktuell för dem.

Kartläggningen visar att de allra flesta barn 0–17 år vars remiss till logoped har frågeställning DLD inte kan räkna med att bli kallade till nybesök inom 90 dagar.

Flera regioner rapporterar dessutom variation inom regionen, det vill säga mellan sina mottagningar, i frågan om väntetid. Variationen kan vara så stor som 0–100 % (se tabell 5).

3.2.4.1. Kommentar

Vårdgarantin är en lagstadgad rättighet om att vård ska erbjudas inom en viss tid. Nybesök inom den planerade specialiserade vården, via remiss från primärvården (även egen vårdbegäran), ska ske inom 90 dagar inom logopedi. Efter beslut om behandling, ska det erbjudas en tid inom 90 dagar. Tidsgränserna kan vara kortare, men de får inte vara längre [55].

Kartläggningen visar att logopedimottagningarna inte klarar att följa lagen om vårdgaranti för nybesök. Endast Region Blekinge klarar vårdgarantin för båda åldersgrupperna, och Region Västerbotten tar emot 80 % av de yngre barnen och 90 % av de äldre inom 90 dagar. Fyra regioner klarar vårdgarantin för barn 0–6 år, men inte för barn 7–17 år.

Samtidigt framkommer i arbetsgruppens kontakt med de regionala logopedimottagningarna att lagen tolkas olika och att det finns lokala beslut om prioriteringar som ibland går emot Vårdgarantin. Det finns även goda exempel på enskilda logopedimottagningar som har beslutat om kortare vårdgaranti om 60 dagar. Flera regioner uppger att det inte finns någon vårdgaranti för patientgruppen DLD över lag, att vårdgarantin inte gäller för DLD och/eller dyslexi hos åldersgruppen skolbarn 7–17 år, samt att vårdgarantin inte gäller för mer "omfattande språkutredningar" eller för intervention. Det verkar finnas behov av förtydligande och stöd till regionernas logopedimottagningar gällande lagen om vårdgaranti.

De olika lokala tolkningarna och lösningarna, inte sällan på mottagningsnivå, tyder på att det saknas centralt sammanhållet regional ledning av logopedin. Eftersom tillgängligheten till logopediska besök inte heller följs nationellt, vilket görs för andra medicinska tillstånd, riskerar tolkningarna av vårdgarantin att bli olika, vilket ytterst drabbar patienterna.

3.2.5. Vidareremittering till annan region med anledning av vårdgarantin

FRÅGA: Hur många remisser på barn med frågeställning DLD skickas vidare till annan region alternativt till privat aktör för extern utredning inom ramen för vårdgarantin?

Flertalet av regionerna uppger att de inte skickar remisser till andra regioner, trots att de inte klarar att följa vårdgarantin och är skyldiga att informera patienterna om möjligheten att remitteras vidare. En del av dessa regioner menar att vårdnadshavarna till barn med DLD och/eller dyslexi själva kan vända sig utomläns och att även skolor kan remittera barn till mottagningar i andra regioner utan att remissen passerar en logopedimottagning i aktuell region. I andra regioner informeras alla som fått remiss till logoped om att de har rätt till vård inom vårdgarantin, och att vidareremittering till annan mottagning kan göras om patienten via vårdnadshavarna efterfrågar det.

Enligt de inkomna svaren är det framför allt gruppen 7–17 år som är aktuell för vidareremittering. Åtta (38 %) av regionerna lämnar uppgifter om att vidareremittering under år 2023 gjorts av remisser på barn för utredning antingen till privat utförare alternativt till grannregion där väntetiden är kortare. Region Halland uppger exempelvis att cirka 20 % av inflödet 0–6 år gäller barn bosatta i annan region. Ytterligare ett exempel är Region Blekinge som uppger att de tar emot både patienter från Region Skåne som söker via fritt vårdval och remisser som skickats med anledning av vårdgarantin.

3.2.6. Diskussion

Kartläggning av likheter och skillnader i väntetider och tillgång till logopediska insatser försvåras av att det inte finns någon likvärdighet i hur regionerna kategoriserar och registrerar sina remisser och väntetider. De kategorier som läggs in i en databas över inkomna remisser inom hälso- och sjukvården behöver vara sökbara, tillgängliga och relevanta för mottagningarnas egen planering. Det är viktigt att de enskilda mottagningarna har möjlighet att plocka fram exempelvis årlig statistik över alla remisser som innehåller en viss frågeställning.

Alla mottagningar verkar inte ha tillgång till den statistik vi efterfrågade. Bristen på tillgång till statistik och gemensamma rutiner för registrering av vård till barn med DLD kan göra det svårt att exempelvis kvalitetssäkra insatser till dessa barn och unga, inte bara inom regioner, utan även mellan regioner samt på ett nationellt, övergripande plan.

3.2.6.1. Andel barn ur befolkningen som remitteras till logoped

Kartläggningen visar att förhållandet mellan antal remisser och tillgång till logoped varierar stort mellan de regioner där svar har inkommit från samtliga mottagningar. Detta betyder att tillgången till logoped för barn med DLD och/eller dyslexi varierar kraftigt (se tabell 1) och innebär ojämlika förutsättningar att få logopedisk bedömning och insatser kopplat till DLD och/eller dyslexi.

Svårigheter inom språk, kommunikation eller andra utvecklingsrelaterade svårigheter hos ett barn, kan identifieras vid olika åldrar i samband med besök inom BHV. De barn som får remiss sent under förskoleåren hinner inte utredas före skolstart på logopedimottagningar med lång väntetid. De fördröjda insatserna riskerar att förvärra konsekvenserna av DLD. De barn som efter en logopedbedömning behöver remitteras vidare, får ytterligare väntetid till nästa vårdgivare.

3.2.6.2. Högre andel remisser gäller barn 0–6 år

Att regionernas logopedimottagningar tar emot betydligt högre andel remisser för åldersgruppen 0–6 år än för 7–17 år kan ha flera förklaringar. En avgörande faktor kan vara att DLD oftast upptäcks och remitteras till logoped via BHV, som genomför språklig screening av i princip alla barn i Sverige vid bestämda åldrar. För åldersgruppen 7–17 år kommer remisserna främst från den medicinska elevhälsan, och där finns inget standardiserat förfarande på samma sätt som inom BHV.

I en del regioner finns samverkansavtal eller överenskommelser med kommuner om att kommunerna ansvarar för vissa eller alla insatser till barn med DLD eller dyslexi i skolålder. Detta är en förklaring till lägre antal remisser för åldersgruppen 7–17 år, jämfört med 0–6 år, i exempelvis Blekinge och Halland.

Region Blekinge uppger att det är kommunerna som ansvarar för skolbarnens behov och att den regionala logopedin därför inte tar emot remisser som gäller dyslexi hos barn i skolåldern, men vid

behov kan de däremot utreda DLD. Skulle dyslexifrågeställning bli aktuellt under en DLD utredning, hänvisas den frågan till barnets skola. Barn i skolåldern som söker logopedbedömning via egen vårdbegäran med dyslexi som problembeskrivning, hänvisas till skolan.

I Region Halland har logopedimottagningarna en relativt ny överenskommelse med kommunerna om att regionen numera har ansvar för tal- och språkstörningar även i skolåldern, från den tidigare överenskommelsen om enbart upp till cirka 6 års ålder, medan läs- och skrivsvårigheter ska utredas inom skolans verksamhet.

Dessa överenskommelser är genomgripande förändringar som innebär en förskjutning av specialistvårdens logopediska kompetens i utredning, differentialdiagnostik, och intervention, till pedagoger och lärare i kommunen. Anledningar till dessa överenskommelser och vad de innebär för barn med DLD och dyslexi bör undersökas.

3.2.6.3. ... men antalet remisser ökar främst gällande åldersgruppen 7–17 år

I åldern 7–17 år är andelen remisser visserligen signifikant lägre jämfört med den yngre åldersgruppen 0–6 år och därmed arbetar färre logopedtjänster med DLD och/eller dyslexi hos skolbarn. En möjlig förklaring till den mindre andelen remisser relativt remisser för yngre barn, kan vara att språkliga svårigheter hos barn i skolåldern missas eftersom de kan döljas av beteendeproblem eller av andra utvecklingsrelaterade tillstånd, det vill säga så kallad "diagnostic overshadowing" [56] som kan leda till underremittering eller remittering till andra vårdgivare.

Det framkommer att det finns logopedimottagningar och till och med hela regioner som inte tar emot barn med frågeställning DLD och/eller dyslexi i skolåldern, varför remisser således inte skickas även om behov finns. Samtidigt har antalet remisser för åldersgruppen 7–17 år ökat med minst 10 % i betydligt fler regioner mellan 2021 och 2023, jämfört med remisser för åldersgruppen 0–6 år. Ett ökat antal remisser kan vara en följd av exempelvis ökad befolkning, ändrade remisskriterier, omfördelning av ansvar inom regionen eller att skolorna har blivit bättre på att identifiera barn med misstänkt DLD och/eller dyslexi. Andel remisser i förhållande till befolkningsunderlag 7–17 år varierar dock stort över landets regioner.

3.2.6.4. Risk för underrapportering

Remisser som gäller barn i skolålder omfattar vanligtvis flera av frågeställningarna DLD, dyslexi och dyskalkyli. Det förekommer också att remittenterna skriver dyslexi som frågeställning på remissen, men att det vid genomgång av remissunderlaget framgår att det egentligen bör vara DLD som är frågeställningen. En av anledningarna till att remissen skrivs är just osäkerheten hos remittenten om vad som är den huvudsakliga svårigheten hos barnet. Rimligen blir det då svårt att specificera frågeställningen. Alltså kan remissen kategoriseras inom annan diagnoskategori än den diagnos barnet efter utredning visar sig ha. Samtidigt framkommer att skolor remitterar till logoped med frågeställning DLD, när frågan egentligen är dyslexi - i regioner där remisser med frågeställning dyslexi inte tas emot om de gäller barn i skolålder.

I de kliniska riktlinjerna för logopedisk utredning av läs- och skrivsvårigheter [57] betonas vikten av en fördjupad språklig bedömning i samband med läs- och skrivutredning, eftersom det är avgörande för differentialdiagnostisering mellan dyslexi och DLD. Läs- och skrivutredningar bör därmed innefatta även en bedömning av om DLD kan förklara patientens svårigheter. Utredningen kan landa i att antingen diagnosen DLD eller dyslexi ställs, eller båda diagnoserna. Den statistik som

återfinns i tabell 4 gällande antal remisser med frågeställning DLD för åldersgruppen 7–17 år speglar sannolikt en underrapportering av det verkliga behovet av språkutredningar.

3.2.6.5. Olika tolkningar av vårdgarantin

En annan bakomliggande orsak till ojämlik vård i landet är hur varje region efterlever vårdgarantin. Många regioners logopedimottagningar tycks använda sig av 90 dagar som vårdgaranti, baserat på att patienten ska erbjudas ett första besök inom 90 dagar, från det att remiss skrivits, från exempelvis primärvården till specialistvård, eller om vård söks via egenremiss [55]. Föreliggande rapport har inte i uppdrag att granska vad som ingår vid ett nybesök eller andra logopediska insatser såsom utredning och intervention.

Flera regioner uppger att de inte remitterar vidare när de inte klarar vårdgarantin, men att patienterna, via vårdnadshavarna, själva kan vända sig utomläns. Även denna tolkning av vårdgarantin riskerar att vården blir ojämlik mellan regionerna eftersom möjligheten till snabbare utredning/insatser då hänger på vårdnadshavarnas förmågor och möjligheter att driva barnets ärende, såsom exempelvis familjens ekonomi. Om patienten själv eller vårdnadshavaren väljer att söka sig utomläns får familjen dessutom stå för eventuella merkostnader (resa och logi), vilket inte är fallet om en region remitterar patienten till en annan region. Detta skapar en ojämlik vård [58].

3.2.6.6. Stora skillnader i väntetid

Väntetiden för nybesök vid logopedimottagningarna för barn med misstänkt DLD 0–6 år respektive 7–17 år varierar mycket kraftigt, från 0 till 24 månader respektive 0 till 36 månader, mellan regionerna och även inom en del regioner.

Det är synnerligen problematiskt utifrån barnens perspektiv att väntetiden i en del regioner och på enskilda mottagningar är längre än 90 dagar, oavsett vilken åldersgrupp det handlar om. När 3–4 åriga barn behöver vänta i 6, 12 eller 24 mån på tid för ett nybesök, då motsvarar väntetiden upp till mer än halva deras livstid. Det är dessutom viktiga år i barnets utveckling av språk, sociala och kognitiva färdigheter.

Långa väntetider påverkar inte enbart barnets förutsättningar att få insatser, utan även föräldrars behov av stöd. Föräldrars oro för barnets utveckling riskerar att ha en negativ inverkan på barnets och familjens välmående. Ett remisskriterium vid BHV inom vissa regioner, är just föräldraoro [59]. Föräldrar är en viktig källa till information och är vid DLD ofta de första att uppmärksamma en sen språkutveckling hos barnet [60]. Om föräldrars oro inte tas på allvar av vården kan det leda till att barnet inte får adekvata insatser av logoped förrän i skolåldern.

Att väntetiden generellt är kortare för åldersgruppen 0–6 år skulle dock peka på att regionerna och/eller mottagningarna prioriterar sina resurser till de yngre barnen. Detta är visserligen i linje med evidens kring tidiga insatser vid DLD [61, 62], men det talar emot evidens för att även ungdomar (och vuxna!) med DLD har behov av insatser. Långa väntetider för nybesök, upp till 24–36 månader, innebär en stor risk för skolmisslyckande för barn med misstänkt DLD. De bör snabbt få tillgång till kompensatoriska och tränande insatser för att inte missgynnas av sin funktionsnedsättning. Odiagnostiserad och obehandlad DLD kan leda till psykosociala svårigheter, bristande självkänsla och skolmisslyckande [63, 64].

Tillgänglighet mäts oftast utifrån om patienterna erbjuds nybesök inom 90 dagar. En utredning av DLD kräver oftast mer än ett besök, eftersom det är en omfattande bedömning. Att endast mäta

väntetiden till det första besöket riskerar att ge en felaktig bild av den verkliga väntetiden från oro till insatser i form av exempelvis råd, stöd och intervention. Tiden till att en utredning är helt genomförd och intervention satts in, är givetvis längre än väntetiden till ett nybesök, och är möjligtvis ett bättre mått på tillgänglighet till vården.

Mottagningarnas olika organisationstillhörighet inom en region kan försvåra samarbetet både runt väntetider och vårdprocesser och det riskerar att bli problem med samordningen för de logopediska patientkategorierna.

3.3. Flöde: Från oro till insatser

Tidiga insatser kan förbättra prognosen vid DLD [65, 66]. Det är därför angeläget att avvikelser i tal-, språk- och kommunikationsutveckling upptäcks tidigt och att föräldraoro tas på allvar.

För att undersöka vilken instans som ansvarar för initiering av logopedisk utredning vid misstänkt DLD, vände vi oss till centrala administrativa enheter inom regionerna och i de fall ett enhetligt svar från regionen inte gick att få kontaktades enskilda logopedimottagningar.

Frågan som regionerna ombads besvara var följande: Vilka aktörer remitterar barn 0–6 år respektive 7–17 år med frågeställning DLD till logopedimottagningar i respektive region? Det bör här nämnas att en remittent inte nödvändigtvis är den som identifierar eller misstänker DLD, utan kan vara en aktör som har ett samordnat ansvar för barns hälsa och vårdkontakter.

3.3.1. Flöde DLD små barn

3.3.1.1. Remittent för barn 0–6 år

De allra flesta remisser med frågeställning relaterad till DLD hos barn 0–6 år kommer till logopedimottagningar från BHV. Personal på BVC kan även skicka remiss till logoped på uppdrag av andra i barnets omgivning, exempelvis föräldrar eller förskola. Andra förekommande remittenter är barnläkare och psykologer, ofta från verksamheter dit barnet kommit med en annan frågeställning; aktuell specialist uppmärksammar barnets språkliga svårigheter och skickar remiss till logoped för bedömning.

I kommentarerna till svaren från regionerna och deras mottagningar framkommer även att egen vårdbegäran accepteras, något som dock inte är möjligt i alla regioner. Två regioner har formellt remisskrav till logoped, Region Örebro län gällande frågeställning dyslexi hos skolbarn och Region Stockholm gällande remisser inom vårdvalet. Detta innebär även att patienter från Region Örebro län och Region Stockholm inte kan söka vård via egen vårdbegäran i andra regioner, utan behöver få remiss skriven av exempelvis logoped, läkare, psykolog eller skolsköterska.

3.3.1.2. Barnhälsovårdens roll i språklig screening

I princip alla barn 0-6 år i Sverige går på regelbundna hälsobesök på BVC och erbjuds barnhälsovård enligt det nationella BHV-programmet presenterat i Rikshandboken för barnhälsovård [37]. BHV-programmet är ett tredelat system med insatser som ges till alla barn, de som har extra behov samt till de barn som har ytterligare behov som innefattar samverkan mellan vårdgivare, exempelvis genom remiss.

Rikshandboken innehåller information om bland annat hur barnets språkutveckling kontinuerligt ska undersökas på BVC och vilka kriterier som gäller för remittering till logoped, med regionala tillägg till dessa rutiner. Enligt BHV-programmet sker den formella språkscreeningen på BVC vid 2,5 eller 3 års ålder [67] baserat på två vetenskapligt utvärderade test, Miniscalcomodellen [59] och Uppsalamodellen [68].

Utöver den screening som ingår i BHV-programmet har några regioner infört standardiserad undersökning av tal- och språkförmågor även vid 4 års ålder, exempelvis med Språkfyrn [69]. Några regioner har samspelobsobservationer eller föräldraskattningsformulär med frågor om barnets kommunikation [70]. Vid behov uppmuntras kontakt med barnets förskola för diskussion om barnets språk och kommunikation och eventuellt behov av stöd. Vid avslutande besök på BVC upprättas en sammanfattning i barnets journal, som med förälders samtycke kan överföras till elevhälsan inför skolstart.

I Socialstyrelsens delredovisning av regeringsuppdraget Stödja och stimulera barnhälsovårdens förebyggande arbete med hembesöksprogram. [71] konstateras att Rikshandboken rekommenderar BHV-sjuksköterskan att konsultera en logoped vid behov av stöd i hur frågor från föräldrar kan bemötas. I redovisningen konstateras även att logopedier i vissa län erbjuder rådgivning per telefon som BHV-sjuksköterskan kan rekommendera till föräldrar som har frågor om barnets språkliga utredning. Vidare uttrycks att möjligheten för BHV och föräldrar att konsultera logoped borde finnas i samtliga regioner, vilket inte är fallet.

3.3.1.3. Nationellt kvalitetsregister

I ett relativt nytt nationellt kvalitetsregister, det Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), insamlas utvalda uppgifter, från BHV journalen. Den 1 april 2024 omfattade registret information baserat på cirka 380 000 barn från tolv av landets 21 regioner. Anslutningar av fler regioner sker kontinuerligt. På grund av nyanslutningar till registret varierar täckningsgraden mellan olika regioner gällande antal barn i olika årskullar. Exempelvis, under våren 2024 varierade täckningsgraden för barn födda 2023 från 62 % i Region Stockholm till 100 % i Region Dalarna, Region Gotland, Region Halland, Region Kronoberg och Region Sörmland. Resultatet i tabell 6 bör tolkas med denna variation i täckningsgrad i åtanke.

Arbetsgruppen har beställt underlag från BHVQ gällande antal barn som genomgått språkscreening på BVC vid 2,5 eller 3 års ålder, samt hur stor andel av dessa som screenat positivt, för de regioner som har kunnat redovisa dessa variabler (se tabell 6). Underlaget gäller för åren 2021, 2022 och 2023. Vid tidpunkten för insamling av underlag till föreliggande rapport går det inte att med säkerhet rapportera andel remisser som skickas till logoped efter språklig screening utifrån BHVQ.

Under dessa tre år har resultat från språkscreening vid 2,5 eller 3 års ålder registrerats i BHVQ för totalt 33 488 – 41 855 barn. Av dessa barn uppvisar 11–18 % ett positivt screeningresultat, det vill säga barn som inte har klarat screeningen inom ett givet gränsvärde.

Det framkommer ingen eller små variationer i andel barn som screenar positivt per regional nivå eller för hela BHVQ-underlaget under verksamhetsåren 2021–2023, det vill säga i de flesta regioner är resultaten från screeningarna relativt konstanta. Men, det finns några exempel på att andelen barn med positivt screeningresultat har minskat, från 17 % till 14 % i Region Dalarna och från 18 % till 14 % i Region Kronoberg. I Region Gotland har, å andra sidan, andelen positiva screeningresultat i stället ökat från 12 % till 17 %.

Vid personlig kontakt med ovan nämnda regioner framkommer inga tydliga svar på varför andelen barn som screenar positivt på språkscreening varierar mellan 2021, 2022 och 2023. Möjliga förklaringar som kan ha påverkat är utbildningsinsatser till BHV-sjuksköterskor och läkare kring barns typiska språkutveckling, hur screeningresultaten tolkas, samt hur dokumentationen ska genomföras.

Tabell 6: Antal barn som deltagit i språkscreening på BVC vid 2,5 eller 3 års ålder samt andel av dem som inte har klarat språkscreeningen, baserat på vad som är rapporterat i BHVQ i februari 2024.

| Region | Antal barn 2021 | Antal barn 2022 | Antal barn 2023 | Andel med utfall 2021 | Andel med utfall 2022 | Andel med utfall 2023 |
|------------------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Totalt i BHVQ | 33 488 | 41 855 | 41 615 | 13 % | 13 % | 13 % |
| Stockholm | 12 947 | 14 527 | 15 031 | 13 % | 14 % | 13 % |
| Västra Götaland | 9 026 | 10 828 | 12 680 | 14 % | 14 % | 14 % |
| Jönköpings län | 3 540 | 3 966 | 263 ¹ | 11 % | 11 % | i.u. ¹ |
| Dalarna | 2 589 | 2 730 | 2 963 | 17 % | 16 % | 14 % |
| Kronoberg ² | i.u. | 2 009 | 1 862 | i.u. | 18 % | 14 % |
| Södermanland | 2 471 | 2 789 | 3 016 | 10 % | 12 % | 11 % |
| Gävleborg | 1 315 | 1 425 | 1 702 | 13 % | 12 % | 13 % |
| Gotland | 493 | 479 | 519 | 12 % | 13 % | 17 % |

¹ = Region Jönköpings län bytte journalsystem 2023, vilket har påverkat deras dataöverföring för nämnt år. ² = Region Kronoberg saknade 2021 tillförlitlig dokumentation i BHVQ av språkscreening vid 2,5 års ålder. i.u. = ingen uppgift.

3.3.1.4. Kommentar

Generellt sett är andelen barn som screenar positivt högre än den estimerade prevalensen för DLD och även högre än den andel remisser som regionerna rapporterat att de tar emot.

De metoder som används för språklig screening inom BHV syftar inte till att screena specifikt för DLD, utan utgör en av flera bedömningar av barnets allmänna tal- och språkutveckling. Det innebär därför att även barn med andra tillstånd där tal- och språkstörningar förekommer, exempelvis autism, hörselnedsättning, intellektuell funktionsnedsättning, stamning, taldyspraxi, etcetera, screenar positivt.

Positivt screeningresultat innebär inte att remiss till logoped, eller annan vårdgivare, alltid är aktuellt. Enligt testerna som används, kan det i stället vara aktuellt med ytterligare uppföljning på BVC. För dessa uppföljningar råder olika lokala rutiner för vad och på vilket sätt BHV initierar stöd.

I arbetsgruppens kontakt med regionernas BHV-logopedier, framkommer att de har diskuterat att skillnader i remittering kan bero på hur säker den remitterande sjuksköterskan känner sig på respektive screeningmetod. Här finns ett behov av kompetensutveckling som behöver mötas upp [72]. Samtidigt framkommer även att det råder en osäkerhet kring språkscreening av barn som växer upp med flera språk. I en svensk studie [73] som involverade 863 BVC-sjuksköterskor framkommer att 82 % av sjuksköterskorna har låg kunskap om flerspråkiga barns språkutveckling samt att cirka 50 % förenklar språklig screening vid bedömning av flerspråkiga barn. Låg kunskap om den typiska språkutvecklingen försvårar tolkning av anamnestiska uppgifter, men även tolkning av resultat på språkscreening, vilket i sin tur riskerar att påverka remitteringen till logoped. I en annan relativt ny svensk studie, framkommer att BHV-sjuksköterskors följsamhet till testprotokoll och manual vid språklig screening är låg, framförallt vid bedömning av flerspråkiga barn [72].

I en studie, baserad på en enkät [74] till centrala BHV-enheter i Sverige, rapporteras att nationell jämlikhet, samordning och styrning behöver förbättras inom BHV. Den nuvarande bristen på detta kan påverka vilka och hur många barn som får stöd inom BHV, samt om barnen remitteras vidare och även vart de remitteras. Rapporten visar att det förekommer olika metoder för att screena barns språk och kommunikation samt att samma screeningstest kan användas på universell nivå i en region och på indikerad nivå i en annan.

Att barn remitteras senare till logopedimottagning, riskerar att föräldrar och barn inte alls hinner få logopediska insatser i form av intervention under förskoleåldern, eller otillräckligt med insatser. Detta för att de allra flesta regionala logopedimottagningar lämnar över ansvaret för intervention till skolan från det att barn med DLD är cirka 6 år (se avsnitt 3.2.1). Ett problem är att logoped inte är en lagstadgad profession i elevhälsan.

3.3.2. Flöde DLD skolåldern

För barn i skolåldern behöver två spår beaktas när flödet från oro till insatser kartläggs, beskrivs och diskuteras. Det ena spåret handlar om när DLD redan har konstaterats i förskoleåldern. Det andra spåret handlar om när oro och misstanke om språkliga svårigheter uppmärksammas först i skolåldern. I båda dessa spår har elevhälsans skolsköterskor ofta en nyckelroll.

3.3.2.1. Enkät besvarad av skolsköterskor

För att kartlägga flödet skickades en enkät, inom ramen för föreliggande arbete, till landets skolsköterskor. Enkäten innehöll frågor relaterade till övergången från BHV till elevhälsans medicinska insats, EMI. Frågorna berörde exempelvis samverkan mellan skola och logopedimottagningar, hur kompetensen kring DLD ser ut i skolan, vem som upptäcker DLD i skolan och hur remissflödet ser ut.

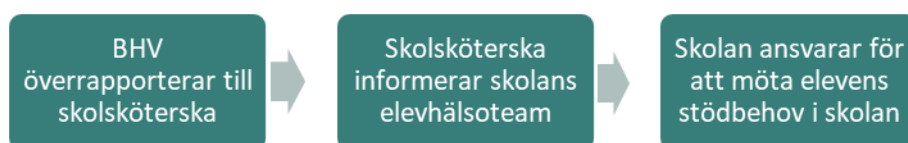
Enkäten förmedlades i mars 2024 via epost till skolsköterskenätverket samt till nätverk med verksamhetschefer/medicinskt ledningsansvariga, runt om i landet.

Enkäten har besvarats av 470 skolsköterskor. Fördelningen av svarsfrekvensen var 92 % (433) kommunalt anställda skolsköterskor, 7 % (31) skolsköterskor i friskolor och 1 % (6) skolsköterskor

var anställda i annan organisation, exempelvis statlig skola. Den geografiska spridningen av de som har svarat täcker alla Sveriges regioner utom Region Gotland.

I följande avsnitt presenteras, för att belysa flödet från oro till insatser för barn i skolålder, delar från skolköterskeenkätens resultat tillsammans med utdrag ur skolans styrdokument. Skolköterskeenkätens fullständiga resultat samt mer detaljerad metodbeskrivning återfinns i bilaga.

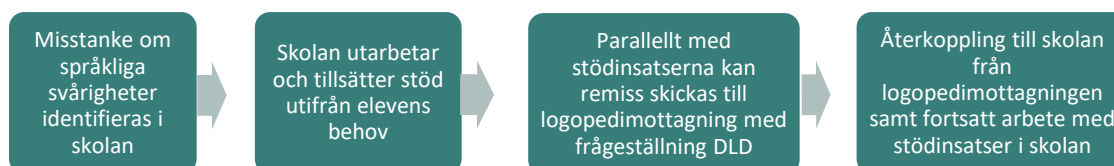
Figur 1. När DLD har konstaterats i förskoleåldern.



Resultatet från enkäten till skolköterskorna visar att när DLD hos barn har diagnostiserats i förskoleålder överrapporterar BHV oftast denna information till EMI. Det finns idag dock inget nationellt informationsmaterial i BHV:s rikshandbok om hur information ska överföras från BHV till EMI. En del regioner har egna rutiner som innefattar blanketter och mallar som ska användas vid överföring från BHV till elevhälsan, där "språk" finns med som en rubrik.

EMI informerar därefter i sin tur övriga professioner i skolans elevhälsoteam, förutsatt att vårdnadshavarna givit samtycke till informationsöverföringen. I elevhälsan ska det finnas tillgång till skolläkare, skolköterska, psykolog, kurator samt specialpedagog eller speciallärare. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser [53]. När informationen är mottagen ansvarar skolan för att möta elevens stödbehov, se vidare i avsnitt nedan.

Figur 2. När misstanke om DLD uppstår i skolåldern.



3.3.2.2. Vem upptäcker DLD i skolan?

I svaren på frågorna i enkäten till skolköterskorna, framkommer att det allra oftast är skolans pedagoger, specialpedagoger och speciallärare som ser anledning att misstänka DLD hos barn, samt att dessa svårigheter oftast framkommer i samband med undervisning eller via barnens resultat på olika kartläggningar.

Kartläggningsmaterial som används på universell nivå i skolor är exempelvis Skolverkets material Hitta Språket [75] som genomförs i förskoleklass. Hitta Språket är ett stöd för kartläggning kring delar av språkutvecklingen och syftar till att tidigt identifiera elever som är i riskzonen för att inte uppnå färdigheter som är mål att behärska i årskurs 1 och 3 i grundskolan eller i årskurs 4 i specialskolan. Hitta Språket ska stödja pedagogerna i att identifiera barn som är i behov av extra anpassningar eller särskilt stöd. För flera årskurser finns också bedömningsstöd, exempelvis i skolämnet svenska. Stödet syftar till att identifiera elever som redan har eller riskerar att senare

uppvisa svårigheter med exempelvis läsning och skrivning. Varken Hitta språket eller bedömningsstöden i svenska är dock heltäckande testmaterial för bedömning av barnets språkutveckling eller för identifiering av misstanke om DLD, utan syftar på att ge stöd i arbetet för lärare. Om misstanke om DLD uppstår i samband med kartläggningarna beror på lärarens kunskap, och möjligheten att konsultera specialpedagog eller logoped.

Ytterligare sätt där misstanke om DLD uppkommer i skolan är när elevhälsoteam diskuterar en elevs svårigheter med målpuppfyllelse, eller när skolsköterskan via hälsosamtal, som erbjuds alla barn, får anledning att misstänka att ett barn har DLD. Två tredjedelar av skolsköterskorna uppger i sina enkätsvar att de inte har tillräcklig kunskap om DLD och inte heller om dyslexi.

3.3.2.3. Skolans ansvar

Skolan ska tillsätta stöd utifrån elevens behov, se vidare i avsnitt nedan, men parallellt med detta kan elevhälsoteamet i samråd med vårdnadshavare och lärare besluta att remiss skickas till logoped inom specialistvården, alternativt inom vårdval, för bedömning om misstanke om DLD har fastställts. Remissen skrivs oftast av skolsköterskan och skickas oftast till en regional logopedimottagning. Detta överensstämmer med regionernas svar på frågan om den vanligast förekommande remittenten för barn i ålder 7–17 år med frågeställning DLD och/eller dyslexi. Regionerna svarar även att egen vårdbegäran kan förkomma. Efter genomförd bedömning får remittenten och/eller skolan oftast återkoppling av resultatet från logoped.

Elevhälsans roll är att arbeta främst förebyggande och hälsofrämjande, det vill säga stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål [76]. Skollagen konstaterar att "alla barn och elever i samtliga skolformer och fritidshem ska ges den ledning och stimulans som de behöver i sitt lärande och sin personliga utveckling för att de utifrån sina egna förutsättningar ska kunna utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål. Elever som till följd av en funktionsnedsättning har svårt att uppfylla de olika betygskriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som gäller, ska ges stöd som syftar till att så långt som möjligt motverka funktionsnedsättningens konsekvenser." [77]. Det som avgör om en elev har rätt till extra anpassningar eller särskilt stöd är om det kan befaras att eleven inte kommer att uppfylla de betygskriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som minst ska uppfyllas. Rätten till extra anpassningar eller särskilt stöd påverkas inte av en eventuell diagnos [78].

Logoped är inte en lagstadgad profession i elevhälsan, och tillgången till skollogopeder i Sverige beskrivs i tidigare avsnitt i föreliggande rapport. Det råder olikheter i uppdrag och organisation för Sveriges skollogopeder. Detta medför avgörande skillnader avseende barns möjligheter att få stöd av logoped i skolan samt hur det logopediska stödet utformas.

Endast 13 % (59) av de svarande skolsköterskorna i enkäten upplever att barn med DLD får tillräckligt med stöd i skolan.

Endast 18 % (84) av skolsköterskorna anser att barn i skolåldern alltid eller ofta erbjuds behandling för sina språkliga svårigheter vid regionens logopedimottagningar. Detta är i linje med tidigare avsnitt i föreliggande rapport om att det är få regioner som erbjuder intervention vid logopedimottagningar till barn i skolåldern med DLD.

3.3.2.4. Samverkan mellan region och kommun kring insatser till skolbarn med DLD

Som ett ytterligare led i kartläggning av flödet från oro till insatser för barn i skolåldern med DLD, och för att inhämta exempel på samverkansformer kring insatser, skickades följande fråga till skollogopederna inom kommuners pedagogiska verksamheter runt om i hela Sverige:

”Vilka samverkansrutiner eller avtal finns mellan region och kommun som beskriver det gemensamma arbetsflödet kring barn och unga med DLD?”. Frågan skickades i mars–april 2024 och svar inkom från skollogopederna i 23 kommuner i tretton regioner.

I samtliga svar framkommer avsaknad av övergripande avtal som reglerar samverkan mellan kommuner och region gällande barn/unga med DLD. Fem rapporterade lokala samverkansavtal mellan kommunen och en logopedimottagning i vissa specifika frågor (stamning och taldyspraxi) eller en viss åldersgrupp (förskolebarn). En kommun rapporterar att de har utarbetat rutiner med en logopedimottagning, BUP-mottagning och barn- och ungdomshabiliteringen för samverkan kring barn med DLD upp till och med 16 års ålder.

3.3.2.5. Kommentar om flöden

Det finns likheter i flödet från oro till insatser vid jämförelse av de två åldersgrupperna barn med DLD 0–6 år och barn med DLD och/eller dyslexi 7–17 år. En likhet är exempelvis att en mycket stor andel av både BHV-sjuksköterskor och skolsköterskor rapporterar att de har begränsade kunskaper om barns språkliga utveckling och om DLD. En skillnad som lyfts fram, och som även tagits upp i tidigare avsnitt, är att barn i förskoleålder ofta erbjuds behandling på logopedimottagning för DLD medan skolbarn oftast inte erbjuds detta.

Ett annat exempel är att i båda åldersgruppernas flöden kan misstanke om DLD ofta grunda sig på resultat från bland annat screeningar eller kartläggningar och bedömningar som syftar till att identifiera stödbehov. Hur stöd och insatser definieras varierar mellan olika utförare. Screeningar på BVC gäller språkutveckling som helhet, medan skolans kartläggningar syftar till att fånga in stöd- och insatsbehov utifrån de språkliga förmågor som behövs för att barnet ska kunna tillgodogöra sig undervisningen och nå utbildningens mål. Det finns därför elever i skolan med språkliga svårigheter som föranleder behov av insatser sett ur ett bredare livsperspektiv, men där svårigheterna inte alltid fångas upp i de kartläggningar som görs i skolan. Anledningen är att språkliga svårigheter inte alltid kopplas till risk för negativa konsekvenser för inläring i skolan vid tidpunkten för kartläggningen. Dessa barn riskerar således att inte diagnostiseras, eller ens uppmärksammas för sina svårigheter.

En annan del där både likheter och skillnader ses i de två åldersgruppernas flöden från oro till insatser är remissförfarandet. BHV-sjuksköterskan remitterar barnen till specialistvård i förskoleålder. I skolan är det elevhälsoteam eller skolsköterska som beslutar om behov av remiss till specialistvård. I båda flödena är vårdnadshavare informerade om språkliga svårigheter samt remitteringen till specialistvården. En viktig skillnad är dock att BHV remitterar enligt nationella riktlinjer (Rikshandboken), medan sådana riktlinjer saknas för skolsköterskan och elevhälsoteamet när det gäller misstanke om DLD.

För det enskilda barnet med DLD är det avgörande att samverkan och informationsöverföringen mellan de olika instanserna i flödet fungerar, förutsatt att samtycke från vårdnadshavarna finns. En studie av Bruce och Hansson [79] pekar på vikten av att skolan känner till elevens språkliga profil och kapacitet, eftersom olika typer av språkliga svårigheter medför olika stödbehov. Det är således

angeläget att detaljerad information om barnets aktuella språkliga svårigheter överlämnas, och inte bara vetskapen om att svårigheter finns eller att logopedkontakt har funnits. I överlämningen mellan BHV och EMI är sådan detaljerad information inte alltid möjlig att överlämna.

Arbetsgruppen har kännedom om att det ibland finns lokala rutiner som innebär att logopedimottagningarna själva överrapporterar till skolan om barnet har haft kontakt med mottagningen fram till skolstart, förutsatt att vårdnadshavarna samtycker. De barn som endast haft en kortare kontakt i yngre år överrapporteras dock inte alltid. Barnets svårigheter kvarstår och framkommer allt tydligare för omgivningen först när de språkliga kraven ökar i och med att barnet blir äldre [80]. Detta betyder att skolan kan missa behov av tidiga insatser kring språket i förebyggande syfte, med risken att svårigheterna förvärras och påverkar kunskapsinhämtningen negativt.

Endast ett fåtal av skolsköterskorna i vår enkät svarar att de alltid får en återkoppling från utredande instans när remiss skickats för språklig utredning (se bilaga 1). Återkoppling till remitterande skolsköterska är också av vikt för att informationen ska dokumenteras på rätt sätt i elevhälsjournalen och därmed följa barnet genom hela skoltiden.

Vidare är det viktigt att skolsköterskan som mottagit informationen om de språkliga svårigheterna, från BHV eller från logopedimottagning, överför informationen till elevhälsoteamet om samtycke finns. Detta för att informationen ska komma den pedagogiska personalen till del. Enkäten till skolsköterskorna visar att de flesta skolsköterskor gör det, men 16 % uppger att de inte gör det trots att samtycke finns. Flödet från oro till insatser, sett ur hela åldersspannet 0–17 år, belyser ett behov av ökad kompetens kring DLD hos BHV-sjuksköterskor, skolsköterskor, annan elevhälsopersonal och pedagogisk personal. Vidare framkommer att det finns en risk att information eller delar av informationen om ett barns språkliga svårigheter och behov av stöd förloras i överföringen mellan logopedimottagning och skola. Barn med DLD riskerar då att inte få rätt stöd eftersom orsaken till inlärningssvårigheterna kan feltolkas eller inte upptäckas alls.

3.4. Kunskapsstöd och kompetensbehov

I följande avsnitt presenteras de kunskapsstöd som i nuläget finns för professioner och verksamheter som arbetar med barn och ungdomar med DLD. I samband med detta diskuteras kompetensbehov.

Identifiering av kunskapsstöd och kompetensbehov har baserats på information som inhämtats från BHV, Socialstyrelsen, Skolverket, Specialpedagogiska Skolmyndigheten, Logopedförbundet, nätverk för skollogopedier samt register såsom BHVQ och patientregistret.

3.4.1. Befintligt kunskapsstöd och register

3.4.1.1. Barn i förskoleåldern

Under barnets första fem år görs kontinuerliga undersökningar av barns språkutveckling i samband med utvecklingsuppföljningarna inom BHV [70]. BHV följer Rikshandboken i barnhälsovård, som är ett metod- och kunskapsstöd, kring bedömning och insatser gällande barns utveckling. I Rikshandboken anges vad inom språk och kommunikation som bör observeras i olika åldrar, samt instruktioner för hur observationerna kan genomföras och tydliga kriterier för när barn ska remitteras till logoped.

Socialstyrelsens sammanställde 2022 kunskapsstödet Stödja och stimulera kommunikations- och språkutveckling bland barn 0–2 år [81]. Materialet togs fram inom ramen för Regeringens och Sveriges Kommuner och Regioners överenskommelse om ökad tillgänglighet inom BHV. Kunskapsstödet vänder sig i första hand till BHV-sjuksköterskor men även till andra professioner inom BHV och även andra verksamheter och professioner som arbetar med barn 0–2 år.

BHVQ [82] är ett nationellt kvalitetsregister vars mål är en enhetlig, jämlik och rättvis barnhälsovård för alla barn i Sverige. Information som finns dokumenterad i enskilda barns BHV-journal i samband med rutinmässiga besök på BVC eller vid hembesök och som är en följd av det nationella BHV-programmet, överförs till BHVQ. BHVQ är under uppbyggnad och på grund av nyanslutningar till registret varierar täckningsgraden av antal barn i olika årskullar mellan olika regioner.

3.4.1.2. Barn i skolåldern

Vägledning för elevhälsan är ett digitalt kunskapsstöd med texter framtagna gemensamt av Socialstyrelsen och Skolverket. Syftet är att stärka och bidra till utvecklingen av ett likvärdigt elevhälsoarbete i hela landet [83]. I vägledningen saknas det informationsmaterial för skolsköterskan och annan personal på skolan om hur elever med misstänkt eller konstaterad DLD ska hanteras och vem som ska remittera. Det finns ingen nationell handbok för EMI-skolsköterskor/läkare med information kring språkstörning eller dyslexi.

I Socialstyrelsens patientregister, PAR [84], finns registerdata gällande diagnoser ställda av läkare inom specialiserad öppenvård och primärvård. Då diagnostik av DLD utförs av logopedier och därför inte redovisas i patientregistret utom i undantagsfall saknas tillförlitlig information om DLD i patientregistret.

3.4.1.3. Riktlinjer från Logopedförbundet

Logopedförbundet sammanställde 2017 kliniska riktlinjer för logopeders utredning av läs- och skrivsvårigheter [57] samt en nationell arbetsbeskrivning för logopedier inom centrala BHV-enheter [85]. 2019 togs riktlinjer för logopeders arbete i pedagogisk verksamhet fram [52]. Riktlinjer är inte styrande, utan tjänar som en vägledning för logopedier. I ovan nämnda riktlinjearbeten nämns språkstörning men det saknas fortfarande specifika kliniska riktlinjer för logopeders utredning och behandling kopplat till diagnosen DLD.

3.4.1.4. Övriga kunskapsstöd och sammanställningar

På Socialstyrelsens webbplats Kunskapsguiden.se finns Tema Språkstörning [86] där funktionsnedsättningen och dess konsekvenser genom livet beskrivs. Till grund för temaområdet på Kunskapsguiden ligger förstudien Kunskapsläget kring förekomst och konsekvenser av språkstörning för normalbegåvade unga och vuxna i ett livsperspektiv [45]. I Tema Språkstörning finns även en svensk sammanfattning av CATALISE, ett internationellt arbete kring professionell samsyn om bland annat kriterier och terminologi för utvecklingsrelaterad språkstörning hos barn [87]. Bakgrunden till Socialstyrelsens förstudie är att konsekvenser av språkstörning hos unga och vuxna med begåvningsnivå inom normalvariationen är ett område som belysts och uppmärksamats i för liten omfattning i Sverige.

Specialpedagogiska skolmyndigheten har beskrivit skolors kännedom om DLD i rapporten Vi behöver öka kunskapen om språkstörning [43]. Resultaten i rapporten ledde till att myndigheten

inledde projektet Strategi språkstörning, ett samlingsnamn för en rad aktiviteter riktade mot förskola, skola och vuxenutbildning för att öka pedagogers kunskap om DLD. Även på Skolverkets webbplats finns en sammanställning om DLD där man med hänvisning till Socialstyrelsens förstudie konstaterar att Språkstörning är en vit fläck på kunskapskartan [44].

2019 sammanställde Socialstyrelsen rapporten Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. En behovs- och problemanalys avseende god vård [88]. Språkstörning nämns inte specifikt. Ett resultat av ovanstående rapport var beslutet att ta fram nationella riktlinjer för ADHD och autism som stod klart 2024 [89].

4. Diskussion

I kartläggningen framkommer stora skillnader i tillgänglighet både mellan och inom regioner och kommuner och generellt finns stora brister. Tillgången till logopediska insatser för barn med DLD i form av utredning, diagnostisering och intervention, skiljer sig åt beroende på framför allt var i landet barnet bor, men även utifrån barnets ålder.

Vid de regionala logopedimottagningarna finns ungefär dubbelt så många logopedtjänster som arbetar med DLD hos barn 0–6 år, jämfört med antalet logopedtjänster för barn 7–17 år, trots att antalet remisser med frågeställning DLD hos barn 0–6 år är 3–4 gånger högre. Det är således färre remisser och relativt sett högre andel logopeder som arbetar med barn 7–17 år. Det förefaller råda bättre förutsättningar i form av mer resurser för barn i skolåldern att få logopediska insatser via de regionala logopedimottagningarna, än för barn 0–6 år, i de regioner där båda åldersgrupperna tas emot för utredning.

Det finns nationella riktlinjer för logopediska utredningar av läs- och skrivsvårigheter, vilket bidrar till kvalitetssäkring gällande exempelvis tidsåtgång, däremot finns idag inga nationella riktlinjer gällande utredning och intervention till varken barn, ungdomar eller vuxna med DLD. Ur ett patientperspektiv innebär avsaknad av kliniska riktlinjer risk för ojämlig vård. Ur ett professionsperspektiv kan det innebära ojämliga förutsättningar för logopeder i Sverige att bedriva kunskapsstyrd vård för personer med DLD. Avsaknad av kliniska riktlinjer innebär vidare att beslut behöver tas på lokal nivå – av exempelvis enhetschefer eller enskilda vårdgivare – om vilka ramar som ska gälla för insatser till personer med DLD. Att utredning av ett tillstånd inte är kvalitetssäkrat med stöd av riktlinjer, innebär ökad risk för försämrade förutsättningar att erbjuda kunskapsbaserade och därmed jämlika insatser. I Socialstyrelsens förstudie [45] rekommenderas ett tydliggörande av hälso- och sjukvårdens ansvar när det gäller personer med DLD i olika åldrar.

Tidig upptäckt och diagnos av barn med DLD är en viktig faktor för prognosen. Att vid indikation inleda en utredning och få diagnos överensstämmer med patientlagen [90], som beskriver att barnets bästa särskilt ska beaktas, vilket även förtydligas gällande barn i hälso- och sjukvårdslagen [91]. Det finns tydliga rutiner och kriterier i BHV:s Rikshandbok för när barn ska remitteras till logoped. Samtidigt framkommer att det finns skillnader mellan regioner i andelen barn 0–6 år som remitteras, framför allt från BHV, till logoped.

Faktorer som skulle kunna påverka remittering är exempelvis hur säker den remitterande BHV-sjuksköterskan känner sig på screeningmetoden och dess utfall, samt på tillgång till logopedkonsultation inför ställningstagande om remiss. Här framkommer ett tydligt behov av kunskapsstöd.

Andra professioner som remitterar barn till logoped är psykologer och läkare. I Socialstyrelsens kompletterande förstudie Kunskapsläget kring förekomst och konsekvenser av språkstörning för normalbegåvade unga och vuxna i ett livsperspektiv konstateras att kunskap om DLD behöver öka bland professioner inom elevhälsan och psykiatriska mottagningar som möter dessa barn. Bristande kunskap om och olika tolkningar av vad DLD innebär försvårar upptäckt av de individer som är i behov av stöd. Ett förslag i Socialstyrelsens förstudie är att kartlägga vilket behov av kunskapsstöd som skulle kunna vara behjälpligt för psykologer i olika verksamheter för att öka kunskapen om DLD [45, 54].

Ett dilemma som uppmärksammas i Socialstyrelsens förstudier och som bekräftas i föreliggande rapport, är skillnaderna mellan olika regioner gällande vid vilka åldrar logopedimottagningarna

erbjuder utredning och stöd till barn med DLD. I de flesta regioner avslutas behandling hos logoped i samband med skolstart. Men skolan har inget behandlande uppdrag, utan skollogopedens huvudsakliga fokus är att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål i enlighet med elevhälsans uppdrag [52, 76]. Detta, samt det faktum att logoped inte är en lagstadgad profession i elevhälsan, gör att regionerna aldrig kan förutsätta att skolan ska överta behandlingsansvaret för barn med utvecklingsrelaterad språkstörning när barnet når ålder för skolstart.

I en kompletterande förstudie från Socialstyrelsen [54], redogörs för Socialstyrelsens jurister inom hälso- och sjukvård respektive socialjuridik svar på frågan om ifall regionernas logopedimottagningar får lov att utestänga barn i skolåldern från insatser kopplade till DLD. Svaret är nej: "... det inte går att hitta något stöd för en begränsning av vårdgarantin relaterat till ålder i lag i regelverket. 9 kap 1 § i hälso- och sjukvårdslagen pekar däremot på den allmänna skyldigheten att erbjuda vård inom regionen, det vill säga reglerna i 8 kap 1–2 §§ gäller." Regionerna behöver säkerställa att personer med DLD får logopediska insatser, oavsett ålder.

Skolan ansvarar för att varje barn ska kunna utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål [77]. Stödet till eleverna är dock inte avhängigt diagnos [78] och skolans kartläggnings- och bedömningsmaterial är inte utformade i syfte att identifiera misstanke om DLD. Detta kan påverka hur många och vilka barn med DLD som upptäcks och remitteras till logopedimottagningar. Att stöd i skolan inte är avhängigt diagnos ligger till grund för beslut i enskilda kommuner om att inte remittera skolbarn till regionala logopedimottagningar för utredning. Även om skollogopeder finns kopplade till många skolor så är deras uppdrag sällan att genomföra diagnostiserande utredningar.

Att stöd i skolan inte är avhängigt diagnos är i grunden positivt då det syftar till att skolor inte ska vänta med insatser tills eventuell diagnostiserande utredning är genomförd. Samtidigt kan det medföra en viss risk för att barnen inte remitteras alls till mottagningarna, med motivering att diagnossättning inte är avgörande för insatser. En annan risk är att barnet utsätts för insatser på felaktig grund eller fel nivå, om det inte finns en utredning som beskriver barnets styrkor, svårigheter och behov inom områden som skolan inte har kompetens att bedöma. Olika typer av språkliga svårigheter behöver olika typer av insatser [79]. Därför räcker inte misstanke om DLD, utan även diagnostiserande utredning behövs, samt tydlig information till vårdnadshavare.

Inom ramen för en undersökning av barns delaktighet i vården, genomfördes en enkätstudie vid Ängelholms sjukhus och Helsingborgs lasarett [92]. Den riktades till barn i skolåldern som utretts hos logoped, och över 90 barn svarade bland annat på en öppen fråga om vad som var bra med en utredning hos logoped. Majoriteten av barnen svarade att de uppskattar att ha fått diagnos och förklaring på sina språkrelaterade svårigheter. På andra plats kom svar som handlar om att barnet upplevde bra bemötande, att logopeden var trevlig och snäll eller det var roligt hos logopeden. På tredje plats skrev barnen att det var bra att få veta vad de behöver hjälp med, alternativt "hur skolan kan hjälpa mig". Detta resultat är i linje med forskning som har visat att även vårdnadshavare vill ha en tydlig diagnos för sitt barns svårigheter och information om vad vårdnadshavarna kan göra för att hjälpa sitt barn [93, 94].

Föreliggande rapport belyser att det finns en risk att information eller delar av informationen om ett barns språkliga svårigheter och behov förloras i överföringen mellan region och skola, vid överföringen från BHV till EMI eller efter genomförd utredning på logopedimottagning. Barn med DLD riskerar då att inte få rätt stöd eftersom orsaken till inlärningssvårigheterna kan feltolkas eller inte upptäckas alls.

Skolans regelverk innefattar bland annat Skolverkets allmänna råd kring exempelvis extra anpassningar, särskilt stöd och åtgärdsprogram [78] samt Vägledning för elevhälsan [83], men i dessa dokument finns inga specifika rekommendationer gällande barn med DLD. Att lagstadga logoped som profession i elevhälsan är en åtgärd som skulle säkerställa den logopediska kompetensen i skolan. Även ett kunskapsstöd för BHV-sjuksköterskor, skolsköterskor och annan elevhälsopersonal skulle underlätta informations-överföringen, identifiering och stöd till barn med DLD och därmed minska konsekvenserna av svårigheterna.

I Socialstyrelsens patientregister registreras endast ett fåtal av de språkstörningsdiagnoser som ställs av logopedier eftersom det fram till 2024 endast var läkares diagnoser som registrerades. Sedan 2024 har registret utökats till att gälla diagnoser ställda av all personal inom psykiatrisk öppenvård [95]. Då logopedier ytterst sällan arbetar inom BUP eller i Neuropsykiatriska utredningsteam är antalet registrerade språkstörningsdiagnoser fortfarande mycket litet. I en statlig utredning om ett nytt regelverk för hälsodataregister [96], uttrycks bland annat behovet av information om åtgärder som utförts av andra kategorier av hälso- och sjukvårdspersonal. I utredningen nämns exempelvis behovet av data om språkstörningar. Om rapportering av samtliga språkstörningsdiagnoser som ställs fanns med i Socialstyrelsens patientregister skulle det underlätta och möjliggöra nationella undersökningar av väntetider och tillgång till insatser för patienter med DLD. Risken för ojämlig vård, med många olika beslut på lokal nivå, ökar utan en lättillgänglig översyn.

DLD är trots hög förekomst, ofta felaktigt förknippat med att det hör till småbarnsåren, vilket leder till uteblivet eller ofullständigt stöd till personer med DLD när de kommer upp skolåldern och även i vuxen ålder. Ökad kunskap om DLD i förskola, skola och samhället generellt är angeläget. Detta tydliggörs både i föreliggande rapport, i Socialstyrelsens kunskapsöversikt, i Specialpedagogiska Skolmyndighetens rapporter samt på Skolverkets webbplats. Ett generellt kunskapsstöd kring diagnosen DLD är önskvärt och angeläget. Vid Karolinska Institutet pågår forskningsprojektet 'DLD Sweden' som bland annat kartlägger erfarenheter av DLD hos unga vuxna som diagnostiserats i barndomen.

Det framkommer i kontakt med logopedimottagningar att det saknas övergripande strategisk ledning inom den regionala logopedin, vilket leder till lokala lösningar och beslut om prioriteringar, oftast på mottagningsnivå, som ytterst riskerar att drabba patienterna negativt och bidra till en ojämlig vård. Noteras bör att det inte på något ställe i Sverige finns någon central enhet som har till uppgift att utbilda personal, leda verksamhetsutveckling, följa kvalitet och utveckla metoder inom logopedi (såsom inom BHV och BoU-habiliteringen eller BUP). Vanligen åtar sig de olika logopedimottagningarna detta uppdrag, dock i varierande omfattning, beroende på lokala resurser. I Region Skåne finns 'FoU klinisk logopedi', men de har idag inget övergripande eller samordnande ansvar. Samordning på regional nivå förekommer, men mer tillfälligt vid behov, vilket innebär att patienterna inom regionerna har olika villkor och förutsättningar beträffande insatser.

5. Slutsatser

I denna rapport konstateras att det i Sverige råder stor ojämlikhet beträffande tillgång till logopediska insatser för barn med DLD och samtidigt framkommer begränsad eller ingen tillgång alls till logopediska insatser i form av utredning och intervention. Det förefaller godtyckligt vilka insatser barn med DLD erhåller. En hög andel av landets logopedimottagningar ger inte intervention efter utredning till barn över sex år med DLD diagnos. Väntetiderna skiljer sig mycket åt vid de olika logopedimottagningarna, med en skillnad på upp till 22 månaders väntetid inom och mellan regioner. Vilken åtgärd som blir aktuell för den enskilde beror i hög grad på bostadsort/regiontillhörighet och barnets ålder samt hur sjukvårdens och skolans organisation är uppbyggd.

Barnhälsovården, förskola och skola samt barnpsykiatri ska, genom sina professioner och förväntad kunskap om barns utveckling, uppmärksamma brister inom det språkliga området för att kunna remittera till logoped. Personalens observationer ligger till grund för bedömning vid remittering, men kunskapen om DLD inom barnhälsovården, elevhälsan och barnpsykiatri är låg, vilket kan innebära att svårigheter inte uppmärksammas och att insatser därmed uteblir. Logopedtjänster förkommer ytterst sällan i dessa verksamheter.

DLD förekommer i hög grad tillsammans med andra beteende- och utvecklingsrelaterade tillstånd. Differentialdiagnostik och samverkan är viktigt för att barn med DLD ska fångas upp i tid. För att barnet ska få adekvat stöd krävs utredning av logoped för korrekt diagnossättning i kombination med övriga utredningar.

Slutsatser utifrån kartläggningen visar behov av att:

- Hälsa- och sjukvårdens ansvar för insatser till personer med DLD tydliggörs för alla åldrar (inte enbart barn och ungdomar, utan även vuxna) gällande utredning, diagnos och intervention, samt att behov och inte ålder styr insatserna.
- Riktlinjer för logopediska insatser till personer med DLD tas fram, i vilka DLD belyses ur ett livsperspektiv för att bland annat stärka upptäckt av DLD.
- Samtliga diagnoser ställda av logoped registreras i det nationella patientregistret för att på nationell nivå ha tillgång till data som kan användas för forskning, klinisk utveckling och kvalitetssäkring av vården till bland annat personer med DLD.
- Nationell samordning av kunskaps- och kompetenshöjande stöd och insatser om DLD i allmänhet och DLD hos flerspråkiga personer i synnerhet genomförs.
- Kunskapsstyrd FoU ledning införs inom sjukvårdsregional logopedi för att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt utveckla den regionala logopedin.
- Väntetider till nybesök hos logoped behöver följa vårdgarantin för att en jämlik vård ska säkerställas i alla regioner. Kartläggningen visar att barn kan få vänta upp till halva sin livstid på att få en bedömning. Det är viktigt att analysera de bakomliggande orsakerna till de olika långa väntetiderna både inom och mellan regionerna.

6. Ledamöter och kontakt

Ordförande

Nelli Kalnak, specialistlogoped och medicine doktor, Helsingborgs lasarett, Södra sjukvårdsregionen, Nelli.Kalnak@skane.se

Processledare

Charlotte Sand, Sydöstra sjukvårdsregionen (fr.o.m. 2024-08-01),
charlotte.sand@regionostergotland.se

Martina Larsson, Sydöstra sjukvårdsregionen (t.o.m. 2024-07-31)

Ledamöter

Agneta Fröjdman, specialistsjuksköterska och samordnare, Elevhälsan Västmanland, Sjukvårdsregion Mellansverige

Anette Sjöstedt, specialistläkare och överläkare, barnhälsovårdsenheten Region Västernorrland, Norra sjukvårdsregionen

Ann-Marie Jernetz, specialistsjuksköterska och verksamhetsutvecklare, central barnhälsovård Västra sjukvårdsregionen

Birgitta Rosén, logoped och klinikchef, Logopedkliniken, Danderyds sjukhus, Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland

Christin Bjarnell, logoped och skollogoped, förskola och grundskola, Vänersborgs kommun

Inger Nilsson, lärare och patientföreträdare, Riksförbundet Attention

Jennie Karlsson, logoped och utvecklare, barnhälsovårdsenheten Region Sörmland, Sjukvårdsregion Mellansverige

Linnéa Cooke, specialistlogoped, utbildningsförvaltningen Mjölby kommun

Marika Habbe, specialistlogoped och utredare, Socialstyrelsen

Ulrika Schachinger Lorentzon, överlogoped, specialist och medicine doktor, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra sjukvårdsregionen

Referenser

1. American Psychiatric Association. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2022.
2. Bishop DV, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T. CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158753.
3. Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: terminology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(10):1068–80.
4. Archibald LMD. On the many terms for developmental language and learning impairments. *Discover Educ*. 2024;3(1).
5. Norbury CF, Gooch D, Wray C, Baird G, Charman T, Simonoff E, et al. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(11):1247–57.
6. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *J Speech Lang Hear Res*. 1997;40(6):1245–60.
7. Tomblin JB, Zhang X, Buckwalter P, O'Brien M. The stability of primary language disorder: four years after kindergarten diagnosis. *J Speech Lang Hear Res*. 2003;46(6):1283–96.
8. Schachinger-Lorentzon U, Kadesjö B, Gillberg C, Miniscalco C. Children screening positive for language delay at 2.5 years: language disorder and developmental profiles. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:3267–77.
9. Choudhury N, Benasich AA. A family aggregation study: the influence of family history and other risk factors on language development. *J Speech Lang Hear Res*. 2003;46(2):261–72.
10. Conti-Ramsden G, Simkin Z, Pickles A. Estimating familial loading in SLI: a comparison of direct assessment versus parental interview. *J Speech Lang Hear Res*. 2006;49(1):88–101.
11. Flax JF, Realpe-Bonilla T, Hirsch LS, Brzustowicz LM, Bartlett CW, Tallal P. Specific language impairment in families: evidence for co-occurrence with reading impairments. *J Speech Lang Hear Res*. 2003;46(3):530–43.
12. Kalnak N, Peyrard-Janvid M, Sahlén B, Forssberg H. Family history interview of a broad phenotype in specific language impairment and matched controls. *Genes Brain Behav*. 2012;11(8):921–7.
13. Nudel R, Christensen RV, Kalnak N, Schwinn M, Banasik K, Dinh KM, et al. Developmental language disorder: a comprehensive study of more than 46,000 individuals. *Psychiatry Res*. 2023;323:115171.
14. Eadie P, Morgan A, Ukoumunne OC, Ttofari Eecen K, Wake M, Reilly S. Speech sound disorder at 4 years: prevalence, comorbidities, and predictors in a community cohort of children. *Dev Med Child Neurol*. 2015;57(6):578–84.
15. Kalnak N, Peyrard-Janvid M, Sahlén B, Forssberg H. Nonword repetition: a clinical marker for specific language impairment in Swedish associated with parents' language-related problems. *PLoS One*. 2014;9(2):e89544.
16. Perez HR, Stoeckle JH. Stuttering: clinical and research update. *Can Fam Physician*. 2016;62(6):479–84.
17. Unicom R, Kefalianos E, Reilly S, Cook F, Morgan A. Prevalence and features of comorbid stuttering and speech sound disorder at age 4 years. *J Commun Disord*. 2020;84:105976.

18. Morgan A, Ttofari Eecen K, Pezic A, Brommeyer K, Mei C, Eadie P, et al. Who to refer for speech therapy at 4 years of age versus who to "watch and wait"? *J Pediatr.* 2017;185:200–4.e1.
19. University of Manchester. The Manchester Language Study. 2024. Hämtad 2024-10-14 från: <http://research.bmh.manchester.ac.uk/idd/research/ManchesterLanguageStudy/>
20. Rutter M, Caspi A, Fergusson D, Horwood LJ, Goodman R, Maughan B, et al. Sex differences in developmental reading disability: new findings from four epidemiological studies. *JAMA.* 2004;291(16):2007–12.
21. Helland WA, Posserud MB, Helland T, Heimann M, Lundervold AJ. Language impairments in children with ADHD and in children with reading disorder. *J Atten Disord.* 2016;20(7):581–9.
22. Mueller KL, Tomblin JB. Examining the comorbidity of language disorders and ADHD. *Top Lang Disord.* 2012;32(3):228–46.
23. Sciberras E, Mueller KL, Efron D, Bisset M, Anderson V, Schilpzand EJ, et al. Language problems in children with ADHD: a community-based study. *Pediatrics.* 2014;133(5):793–800.
24. Cohen NJ, Vallance DD, Barwick M, Im N, Menna R, Horodezky NB, et al. The interface between ADHD and language impairment: an examination of language, achievement, and cognitive processing. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000;41(3):353–62.
25. Redmond SM. Language impairment in the attention-deficit/hyperactivity disorder context. *J Speech Lang Hear Res.* 2016;59(1):133–42.
26. Nitin R, Shaw DM, Rocha DB, Walters CE Jr, Chabris CF, Camarata SM, et al. Association of developmental language disorder with comorbid developmental conditions using algorithmic phenotyping. *JAMA Netw Open.* 2022;5(12):e2248060.
27. Schachinger Lorentzon U, Billstedt E, Gillberg C, Miniscalco C. Persistence of the developmental language disorder diagnosis, neurodevelopmental trajectories and attendance at offered interventions. *Acta Paediatr.* 2024.
28. Adlof SM, Hogan TP. Understanding dyslexia in the context of developmental language disorders. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2018;49(4):762–73.
29. Kalnak N, Sahlén B. Description and prediction of reading decoding skills in Swedish children with developmental language disorder. *Logoped Phoniatr Vocol.* 2022;47(2):84–91.
30. Botting N. Language, literacy and cognitive skills of young adults with developmental language disorder (DLD). *Int J Lang Commun Disord.* 2020;55(2):255–65.
31. Le HND, Mensah F, Eadie P, McKean C, Sciberras E, Bavin EL, et al. Health-related quality of life of children with low language from early childhood to adolescence: results from an Australian longitudinal population-based study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2021;62(3):349–56.
32. Botting N, Durkin K, Toseeb U, Pickles A, Conti-Ramsden G. Emotional health, support, and self-efficacy in young adults with a history of language impairment. *Br J Dev Psychol.* 2016;34(4):538–54.
33. Conti-Ramsden G, Mok PL, Pickles A, Durkin K. Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning. *Res Dev Disabil.* 2013;34(11):4161–9.
34. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF). Utanförskap och unga. 2022.
35. Salameh E-K, Nettelbladt U. Språkutveckling och språkstörning hos barn. Del 3, Flerspråkighet – utveckling och svårigheter. Lund: Studentlitteratur; 2018.

36. Statistiska centralbyrån (SCB). SCB Statistikmyndigheten.
37. Barnhälsovården. Rikshandboken i barnhälsovård för professionen.
38. Nygren US. Interprofessionella teambesök i svensk barnhälsovård – en resurs att utveckla: En studie om teamarbete ur sjuksköterskors, läkares och psykologers perspektiv [Doctoral thesis, comprehensive summary]. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2023.
39. Socialstyrelsen. Nationellt stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Socialstyrelsen; 2023. Report No.: 2023-2-8373.
40. Logopedförbundet. Logopedstatistik 2019–2020. 2022. Hämtad 2024-10-14 från: <https://logopeden.se/senaste-logopedstatistiken/>
41. Regeringskansliet. God och nära vård – en primärvårdsreform. SOU 2018:39. Socialdepartementet; 2018.
42. Regeringskansliet. God och nära vård 2023: En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Regeringskansliet; 2023.
43. Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM). ”Vi behöver öka kunskapen kring språkstörning” – en nationell kartläggning om skolors behov av stöd i arbetet med att möta elever med språkstörning. 2018. Hämtad från: <https://webbutiken.spsm.se>
44. Skolverket. Språkstörning är en vit fläck på kunskapskartan. 2022. Hämtad från: <https://www.skolverket.se>
45. Socialstyrelsen. Kunskapsläget kring förekomst och konsekvenser av språkstörning för normalbegåvade unga och vuxna i ett livsperspektiv. 2019. Report No.: 5.7-38505/2019. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/globalassets/globala-block/funktionshinder/sprakstorning/konsekvenser-av-sprakstorning.pdf>
46. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2024: En rapport baserad på en enkätundersökning till samtliga kommuner. 2024. Hämtad från: <https://www.skr.se>
47. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Nuläge och utmaningar i elevhälsan. 2015. Report No.: ISBN 978-91-7585-248-5. Hämtad från: <https://www.skr.se>
48. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018: Elevhälsoundersökning 2018. 2018. Hämtad från: <https://www.skr.se>
49. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2021: Elevhälsoundersökning 2021. 2021. Report No.: 978-91-7585-991-0. Hämtad från: <https://www.skr.se>
50. Region Stockholm. Riktlinjer för vårdval logopedi. 2022. Hämtad från: <https://www.vardgivarguiden.se>
51. Ebbels SH, McCartney E, Slonims V, Dockrell JE, Norbury CF. Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *Int J Lang Commun Disord*. 2019;54(1):3–19.
52. Logopedförbundet. Riktlinjer för logopedier i pedagogisk verksamhet. 2022. Hämtad från: <https://www.srat.se/logopederna/logoped/kliniska-riktlinjer/kliniska-riktlinjer/>
53. SFS. Skollagen (2010:800) 2 kap. 25 §; 2010.
54. Socialstyrelsen. Kunskapsstöd för utredning och behandling av språkstörning – kompletterande förstudie. Socialstyrelsen; 2023. Report No.: 5.7-11354/2022.
55. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Väntetider i vården: Om vårdgaranti. 2023.
56. Jopp DA, Keys CB. Diagnostic overshadowing reviewed and reconsidered. *Am J Ment Retard*. 2001;106(5):416–33.
57. Logopedförbundet. Kliniska riktlinjer för logopedisk utredning av läs- och skrivsvårigheter. 2017.

58. Socialstyrelsen. Förekomst av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. 2024.
59. Mattsson CM, Mårild S, Pehrsson NG. Evaluation of a language-screening programme for 2.5-year-olds at Child Health Centres in Sweden. *Acta Paediatr.* 2001;90(3):339–44.
60. Rannard A, Lyons C, Glenn S. Parent concerns and professional responses: the case of specific language impairment. *Br J Gen Pract.* 2005;55(518):710–4.
61. Grindal T, Bowne JB, Yoshikawa H, Schindler HS, Duncan GJ, Magnuson K, et al. The added impact of parenting education in early childhood education programs: A meta-analysis. *Child Youth Serv Rev.* 2016;70:238–49.
62. Tarvainen S, Stolt S, Launonen K. Oral language comprehension interventions in 1–8-year-old children with language disorders or difficulties: A systematic scoping review. *Autism Dev Lang Impair.* 2020;5:2396941520946999.
63. Dubois P, St-Pierre MC, Desmarais C, Guay F. Young adults with developmental language disorder: a systematic review of education, employment, and independent living outcomes. *J Speech Lang Hear Res.* 2020;63(11):3786–800.
64. Ottosson S, Schachinger Lorentzon U, Kadesjö B, Gillberg C, Miniscalco C. Neurodevelopmental problems and quality of life in 6-year-olds with a history of developmental language disorder. *Acta Paediatr.* 2022;111(1):115–22.
65. Conti-Ramsden G, Durkin K. What factors influence language impairment? Considering resilience as well as risk. *Folia Phoniatr Logop.* 2015;67(6):293–9.
66. McGregor KK. How we fail children with developmental language disorder. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2020;51(4):981–92.
67. Nayeb L, Lagerberg D, Westerlund M, Sarkadi A, Lucas S, Eriksson M. Modifying a language screening tool for three-year-old children identified severe language disorders six months earlier. *Acta Paediatr.* 2019;108(9):1642–8.
68. Westerlund M, Sundelin C. Screening for developmental language disability in 3-year-old children: experiences from a field study in a Swedish municipality. *Child Care Health Dev.* 2000;26(2):91–110.
69. Lavesson A, Lövdén M, Hansson K. Development of a language screening instrument for Swedish 4-year-olds. *Int J Lang Commun Disord.* 2018;53(3):605–14.
70. Barnhälsovården. Rikshandboken i barnhälsovård: Språkundervisning och språkscreening.
71. Socialstyrelsen. Delredovisning – Uppdrag att stödja och stimulera barnhälsovårdens förebyggande arbete med hembesöksprogram. 2023.
72. Dahlén J, Drevenhorn E, Kalnak N. Assessment fidelity of a language screening instrument for 4-year-olds. *Logoped Phoniatr Vocol.* 2023;48(4):189–96.
73. Nayeb L, Wallby T, Westerlund M, Salameh EK, Sarkadi A. Child healthcare nurses believe that bilingual children show slower language development, simplify screening procedures and delay referrals. *Acta Paediatr.* 2015;104(2):198–205.
74. Wolgast L, Wikerståhl A, Larsson AK. Metoder för att bedöma barns utveckling inom barnhälsovården med bilagor. 2023.
75. Skolverket. Hitta språket: Nationellt kartläggningsmaterial i språklig medvetenhet i förskoleklass. 2022.
76. Skolverket. Elevhälsa: Regler och ansvar i skolfrågor. 2024. Hämtad 2024-11-15 från: <https://www.skolverket.se/regler-och-ansvar/ansvar-i-skolfragor/elevhalsa>
77. SFS. Skollagen (2010:800) 3 kap. 2 §. 2010.
78. Skolverket. Extra anpassningar, särskilt stöd och åtgärdsprogram. 2024. Hämtad 2024-11-15 från: <https://www.skolverket.se/regler-och-ansvar/ansvar-i-skolfragor/extra-anpassningar-sarskilt-stod-och-atgardsprogram>

79. Bruce B, Hansson K. An exploratory study of verbal interaction between children with different profiles of DLD and their classroom teachers in educational dialogues. *Child Lang Teach Ther.* 2019;35(3):189–201.
80. Scarborough HS, Dobrich W. Development of children with early language delay. *J Speech Hear Res.* 1990;33(1):70–83.
81. Socialstyrelsen. Stödja och stimulera kommunikations- och språkutveckling bland barn 0 till 2 år: ett kunskapsstöd för barnhälsovården. 2022.
82. Svenska barnhälsovårdsregistret. BHVQ (Svenska barnhälsovårdsregistret). Hämtad 2024-11-15 från: <https://bhvq.se/>
83. Socialstyrelsen. Vägledning för elevhälsan.
84. Socialstyrelsen. Patientregistret. 2018. Hämtad 2024-11-15 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/patientregistret/>
85. Svenska Logopedförbundet. Nationell arbetsbeskrivning för logopedier inom centrala barnhälsovårdsenheter. 2017.
86. Socialstyrelsen. Tema språkstörning. Kunskapsguiden. Hämtad 2024-11-15 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/sprakstorning/>
87. Socialstyrelsen. Internationell samsyn kring språkstörning – CATALISE. Kunskapsguiden tema språkstörning. 2019. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/globalassets/globala-block/funktionshinder/sprakstorning/catalise.pdf>
88. Socialstyrelsen. Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar: behovs- och problemanalys avseende god vård. 2019.
89. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2024: adhd och autism. 2024.
90. SFS. Patientlag (2014:821). 2014.
91. SFS. Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30). 2017.
92. Eriksson J, Ågren L, Kalnak N. Barns upplevelser av utredning hos logoped. Nationell konferens i logopedi; 2024; Göteborg. Helsingborgs lasarett, Region Skåne; 2024.
93. Carlsson E, Miniscalco C, Kadesjö B, Laakso K. Negotiating knowledge: parents' experience of the neuropsychiatric diagnostic process for children with autism. *Int J Lang Commun Disord.* 2016;51(3):328–38.
94. Porter KL, Oetting JB, Pecchioni L. Caregivers' perceptions of speech-language pathologist talk about child language and literacy disorders. *Am J Speech Lang Pathol.* 2020;29(4):2049–67.
95. Socialstyrelsen. Nya föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Patientregistret. 2024. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/patientregistret/nya-foreskrifter-om-uppgiftsskyldighet-till-patientregistret/>
96. Regeringskansliet. Ett nytt regelverk för hälsodataregister (SOU 2024:57). Betänkande. 2024.

Bilaga 1. Öppen enkät riktad till skolsköterskor

En enkät om flödet för barn och unga med utvecklingsrelaterad språkstörning i skolan genomfördes via Google Forms. Den skickades som en öppen och anonym enkät till skolsköterskor inom kommunala, fristående och statliga skolor.

Enkäten förmedlades via e-post den 27 februari 2024. Information bifogades om att enkäten skulle besvaras av skolsköterskor, och att de gärna fick vidarebefordra länken till kollegor. Utskick gjordes till olika skolsköterskenätverk samt nätverk med verksamhetschefer för Elevhälsans medicinska insats (EMI) och medicinskt ledningsansvariga (MLA).

Arbetsgruppen följde svarsfrekvensen under insamlingen. Det gick att se vilka regioner som hade låg eller ingen svarsfrekvens. Eftersom det var viktigt för kartläggningen att få med svar från så många regioner som möjligt, gjordes särskilda insatser:

- Arbetsgruppen sökte kontaktuppgifter till kommunala verksamhetschefer för EMI eller MLA via hemsidor och kontaktsidor och skickade därefter e-post direkt.
- I vissa regioner eftersöktes även kontaktuppgifter till skolsköterskor på skolors hemsidor, vilket sällan fanns tillgängligt. Gruppen hittade dock några fler skolsköterskor som enkäten skickades till.

Enkäten var öppen för svar till och med den 12 mars 2024. Totalt inkom 470 svar.

Arbetsgruppen försökte även ta reda på hur många skolsköterskor som finns i landet genom Socialstyrelsen och Vårdförbundet. Något samlat register över totalt antal skolsköterskor i Sverige finns dock inte.

Nedan redovisas enkätens frågor och svar. Inga frågor var obligatoriska.

Fråga 1. Arbetar du på en kommunal skola eller på en friskola? (om du arbetar på båda, välj alla svar från den skola där du har mest arbetstid)

Tabell 7. Svartalternativ och antal svar för fråga 1.

| Svartalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Kommunal skola | 433 |
| Friskola | 31 |
| Annat | 6 |

Fråga 2. Har du tillgång till skollogoped?

Tabell 8. Svartalternativ och antal svar för fråga 2.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Ja | 143 |
| Nej | 325 |

Fråga 3. I vilken region befinner sig skolan som du arbetar på?

Tabell 9. Svarsalternativ och antal svar för fråga 3.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|---------------------|------------|
| Norrbotten | 16 |
| Västerbotten | 9 |
| Jämtland Härjedalen | 2 |
| Västernorrland | 2 |
| Gävleborg | 28 |
| Dalarna | 23 |
| Västmanland | 61 |
| Örebro län | 1 |
| Värmland | 24 |
| Västra Götaland | 21 |
| Halland | 1 |
| Skåne | 89 |
| Blekinge | 12 |
| Gotland | 0 |
| Kalmar län | 8 |
| Kronoberg | 8 |
| Jönköpings län | 33 |

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Östergötland | 13 |
| Sörmland | 18 |
| Uppsala | 13 |
| Stockholm | 88 |

Fråga 4. Inhämtar du uppgifter från Barnhälsovården om barnet har/har haft kontakt med logoped?

Tabell 10. Svarsalternativ och antal svar för fråga 4.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Ja | 386 |
| Nej | 75 |

Fråga 5. Inhämtar du uppgifter från vårdnadshavare om barnet har/har haft kontakt med logoped?

Tabell 11. Svarsalternativ och antal svar för fråga 5.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Ja | 405 |
| Nej | 62 |

Fråga 6. Om du svarade ja på fråga 5 - På vilket sätt inhämtar du information från vårdnadshavare?

Tabell 12. Svarsalternativ och antal svar för fråga 6.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Hälsosamtal | 226 |
| Hälsobesök | 177 |
| Hälsöformulär | 244 |

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Annat | 96 |

Fråga 7. Om du har information om att barnet har språkstörning förmedlar du den informationen till elevhälsoteamet? (efter samtycke från vårdnadshavare)

Tabell 13. Svarsalternativ och antal svar för fråga 7.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Ja | 417 |
| Nej | 9 |
| Ibland | 43 |

Fråga 8. Utvecklingsrelaterad språkstörning kan samförekomma med andra tillstånd såsom exempelvis ADHD, autism, dyslexi och intellektuell funktionsnedsättning. Hur bra anser du att ni tänker på detta i elevhälsoteamet när ni har funderingar i skolan om en elev har svårt att nå målen och/eller koncentrationssvårigheter?

Tabell 14. Svarsalternativ och antal svar för fråga 8.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Positiva | 113 |
| Passiva | 188 |
| Negativa | 168 |

Fråga 9. Vem/vilka upptäcker elever med språkliga svårigheter/misstanke om språkstörning på skolan? (Går bra att markera flera)

Tabell 15. Svarsalternativ och antal svar för fråga 9.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Pedagog | 440 |
| Speciallärare | 326 |

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Specialpedagog | 356 |
| Skolpsykolog | 59 |
| Skollogoped | 47 |
| Skolsköterska | 201 |
| Skolläkare | 34 |

Fråga 10. Hur upptäcker ni på skolan elever med misstänkt språkstörning? (Avser inte elever med uttalsvårigheter)

Tabell 16. Svarsalternativ och antal svar för fråga 10.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|---------------------|------------|
| Testmaterial | 254 |
| Vid ett hälsosamtal | 163 |
| I undervisning | 387 |
| Annat | 47 |
| Vet inte/är osäker | 64 |

Fråga 11. Vem/vilka skriver remisser från er skola gällande elever med språkliga svårigheter/misstanke om språkstörning på skolan? (Går bra att markera flera)

Tabell 17. Svarsalternativ och antal svar för fråga 11.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Skollogoped | 42 |
| Skolpsykolog | 31 |
| Skolsköterska | 394 |
| Skolläkare | 88 |

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Annan | 69 |

Fråga 12. Hur många remisser har ni skickat med frågeställningen Språkstörning under 2023?

Tabell 18. Svarsalternativ och antal svar för fråga 12.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| 0 | 60 |
| 1–5 | 300 |
| 6–10 | 64 |
| 11–20 | 15 |
| Flera | 9 |

Fråga 13. Vart skickar ni remisserna med frågeställningen Språkstörning?

Tabell 19. Svarsalternativ och antal svar för fråga 13.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-------------------------------------|------------|
| Logopedimottagningen i regionen | 420 |
| Logopedimottagningen i annan region | 18 |
| Privat aktör | 76 |
| Annat | 24 |

Fråga 14. Får ni remissvar från utredande instans?

Tabell 20. Svarsalternativ och antal svar för fråga 14.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Alltid | 302 |
| Ofta | 112 |

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Ibland | 31 |
| Aldrig | 7 |

Fråga 15. Får ni utöver remissvar en återkoppling från utredande instans?

Tabell 21. Svarsalternativ och antal svar för fråga 15.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Alltid | 97 |
| Ofta | 126 |
| Ibland | 106 |
| Aldrig | 46 |
| Vet ej/osäker | 89 |

Fråga 16. Får era elever med språkstörning behandling på logopedimottagning/privat aktör?

Tabell 22. Svarsalternativ och antal svar för fråga 16.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Alltid | 27 |
| Ofta | 57 |
| Ibland | 87 |
| Aldrig | 91 |
| Vet ej/osäker | 204 |

Fråga 17. Tycker du att era elever med språkstörning får stöd och hjälp i skolan?

Tabell 23. Svarsalternativ och antal svar för fråga 17.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Tillräckligt | 59 |
| Till viss del | 348 |
| Inte alls | 21 |
| Vet ej/osäker | 41 |

Fråga 18. Anser du att du har tillräcklig kunskap kring språkstörning?

Tabell 24. Svarsalternativ och antal svar för fråga 18.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Ja | 124 |
| Nej | 341 |

Fråga 19. Anser du att du har tillräcklig kunskap kring dyslexi?

Tabell 25. Svarsalternativ och antal svar för fråga 19.

| Svarsalternativ | Antal svar |
|-----------------|------------|
| Ja | 101 |
| Nej | 238 |

Kommentarer från enkäten (urval)

Enkäten innehöll en fritextruta för kommentarer. Nedan presenteras ett urval av svaren. Kommentarererna är återgivna ordagrant.

”Fråga om skollogoped svarat ja, vilket menas för vår del att det finns 2 logopeder centralt i Barn och utbildningsförvaltningen som man kan ansöka om hjälp och stöd ifrån. Vi har ett gott samarbete med Logopedmottagningen i Regionen, nästan varje år får vi i EMI kompetensutveckling från dem.”

”Frustration kring att väntetiderna är så långa efter remittering - kan vara flera år.”

”Arbetar idag på en friskola och mot högstadiet, så här upptäcker vi inte så många elever med språkstörning. Skriver lite utifrån min erfarenhet från tidigare arbete på kommunal skola där jag arbetade med elever åk f-9. Språkstörning var oftast redan upptäckt via BVC eller uppmärksammandes i förskoleklass är min erfarenhet. Här skriver jag dock många remisser till

logoped gällande läs- och skrivsvårigheter. Specialpedagog gör testning och jag som HSL personal skickar in remissen. Många gånger till privat aktör, då väntetiderna genom åren blivit obeskrivligt långa, 3 år.”

”Barn med språkstörning och autism kan få stöd på HAB av logoped men inte på logopedimottagningen”

”Upplever har tillräcklig kunskap för att skriva remiss. Upplever att elever med en språkstörningsdiagnos arbetas aktivt under BVC tiden men sedan släpper logopedimottagningen (Regionen) ansvaret till kommunen. I vår kommun finns ingen logoped i skolan. Speciallärare arbetar aktivt med den kunskap som de har men utan handledning från logoped. Får eleven verkligen den utveckling och stimulans som behövs??? Känns inte rätt att alla elever ska få rätt till samma möjligheter utan det är vilken kommun som eleven bor i som avgör.”

”Jag anser att det inte finns tillräcklig kunskap till att ge dessa barn rätt undervisning. Här i denna kommun så är det egentligen inte någon logoped som riktigt vill ställa diagnosen utan mer beskriver de svårigheter som de ser hos barnet, det känns som om det är mycket lättare att sätta en annan NPF-diagnos än vad det är med språkstörning, troligen på grund av okunskap tänker jag. Dessa barn hamnar ofta i kläm eftersom de skulle behöva mycket mer stöd som inte finns i den vanliga grundskolan idag och när de inte har IF (intellektuell funktionsnedsättning) så ska de ju inte gå i anpassad grundskola heller. Jag hade önskat att det fanns fler specialskolor som hade varit inriktade mot språkstörning som kunde erbjuda en undervisning för dessa barn som passar dem.”

”Alla skolor borde ha tillgång till logoped, både för utredning och stöd till eleverna. Känns mer rimligt att de även borde skriva remisserna.”

100 % av mina elever har ett annat modersmål än svenska, och det kan vara svårt för logopederna att använda tolk för utredning av språklig förmåga på elevernas hemspråk, vilket leder till att de inte får någon diagnos.”

”Det är viktigt att ta detta på allvar när man har funderingar om barnets språkutveckling, vid brist kan det göra att eleven tappar lusten för att läsa, skriva. Självkänsla, kan bli en pajas i klassen för att inte visa sina brister. Svårt med att ta in andra språk i undervisningen. Detta måste bli en obligatorisk undervisning med betyg på högskolan för alla blivande lärare. VIKTIGT !!!!”

”Vi hade tidigare en skollogoped, vilket var oerhört värdefullt, men eftersom det inte är ett lagkrav drogs tjänsten in för två år sedan. Både som skolsköterska och som förälder till ett barn i språklig sårbarhet märker jag en tydlig försämring i undervisning, kartläggning och antal remisser. Överlämning/återgivning till skolan efter utredning efterfrågas av både skolpersonal och föräldrar, men regionens logopeder säger nej med hänvisning till att de inte har tid eller skyldighet att delta. Återgivning är viktig eftersom pedagoger ofta inte vet hur utredningsresultaten ska tillämpas, och det finns inte (längre) någon att fråga.”

”Komplex med språkstörning då det finns flera funktionsvariationer och lärarna har svårt att kompensera med rätt stöd trots att det finns rekommendationer. Det fungerar bättre på låg-mellanstadiet där elever har en lärare. På högstadiet fungerar det dåligt då det är en lärare för varje ämne och varierande klassrum. Eleverna får inte det stöd som behövs för att lyckas. Lyfts på EHT men verkningslöst. Svårt att bedöma begåvning och utveckling på elever med komplicerade språkstörningar.”

”I vår kommun finns inga skollogopedier sedan flera år. Behandling hänvisas till privata aktörer i andra regioner. Upp till föräldrarna att söka remiss via vårdcentralen.”

”De få gånger jag skickat remiss har de blivit nekade av regionen, med hänvisning att de inte genomför utredningar. Jag tycker ofta barn i behov av logoped/ utredning nekas eller faller bort från regionen så fort de uppnått skolålder. Regionen hänvisar tillbaka till elevhälsoteamet, vilket är märkligt eftersom logoped inte nödvändigtvis måste finnas med i EHT. Min personliga åsikt är att regionen inte tar sig an utrednings-/vårduppdraget när det kommer till barn med språksvårigheter.”

”Finns i nuläget ingenstans att skicka remiss vid behov av logopedbedömning eller behandling i skolåldern. De avslutas efter BVC. Skollogoped handleder bara personal, träffar inga elever.”

”Jag anser att jag har egen kunskap som jag förvärvat genom eget intresse för ämnet dyslexi, språkstörning och NPF. Känner dock att det skulle behöva göras mer insatser till lärare, skolledare och politiker så det finns stöd, resurser och förståelse för dessa elever så de får samma förutsättningar som alla andra utan dessa diagnoser. Som det ser ut nu så har vissa det men långt ifrån alla. Vi kommer att få en hel generation med barn med skörheter som inte mår bra om inte dessa får adekvat stöd i god tid.”