



BARNLOGOPEDI I REGION SKÅNE -

Förslag på nivåstrukturering och resursfördelning

Signe Tonér

Innehållsförteckning

1. Uppdrag och övergripande slutsatser	3
2. Förutsättningar och utgångspunkter.....	4
2.1. God och nära vård.....	4
2.2. Prioriteringar	4
2.3. Personcentrering.....	4
2.4. Logopeder	5
2.4.1. Relativt låg logopedtäthet i Skåne	5
2.4.2. Kommunal logopedi	7
3. Logopeder på sjukhus	8
3.1. Sjukhuslogopedi	8
3.1.1. Logopedisk slutenvård	8
3.1.2. Annan sjukhusanknuten logopedi.....	8
3.1.3. Rekommendation.....	9
3.1.4. Förslag.....	9
4. Vårdnivåer	10
4.1. Vad är första linjens logopedi?	10
4.1.1. Stockholm: ett undantagsfall	10
4.2. Luckor i logopedutbudet.....	11
4.2.1. Barnhälsovårdslogopedi.....	11
4.2.2. Multiprofessionella utredningsteam för förskolebarn	12
4.2.3. Logopeder inom barn- och ungdomspsykiatri	13
4.2.4. Rekommendationer	14
4.2.5. Förslag.....	14
5. Stärkt regional samverkan	15
5.1. Regionlogopedi	15
5.2. Gemensamma rutiner	15
5.3. Säkra kompetens.....	16
5.4. Möjliga centrubildningar	16
5.4.1. Hjälpmedel	17
5.4.2. Flerspråkighet och språkstörning/DLD	17
5.4.2. Dyslexi och dyskalkyli	17
5.4.3. Rekommendationer	18

6. Samverkan med annan huvudman	19
6.1. Utredning av läs- och skrivförmåga/dyslexi samt utredning av matematiksvårigheter/dyskalkyli. 19	
6.2. Språkstörning/DLD i skolåldern	19
7. Organisation.....	21
7.1. Regionövergripande organisation av logopedi	21
7.1.1. Omfattande regionlogopedi	21
7.1.2. Begränsad regionlogopedi; logopeder flyttas ut i andra verksamheter	22
Referenser.....	25

1. Uppdrag och övergripande slutsatser

Uppdraget innebär att ge förslag på nivåstrukturering samt resursfördelning inom barnlogopedi samt bidra med nationell överblick. För exakt resursfördelning skulle det behövas en ingående analys av nuvarande bemanning och patientflöden vilket inte uppdragets omfattning medger.

Begreppet /barnlogopedi/ omfattar här alla logopediska insatser som kan ges via logopedmottagningar till barn och ungdomar upp till 18 år. I vissa sammanhang begränsas begreppet /barnlogopedi/ till att endast syfta på logopedi vid språk- och talstörningar, men här gäller alltså en bredare definition. Den logopedi som bedrivs inom ramen för barn- och ungdomshabilitering står till största del utanför analysen, men nämns framför allt i kontexten sjukhusanknuten barnlogopedi samt hjälpmedelsverksamhet och till viss del i avslutande skissering av möjlig ny organisation.

Ett övergripande tema för arbetet är att eftersträva logopedi nära patienten. Snarare än att definiera vårdkedjor för barnlogopedi har jag försökt identifiera var i hälso- och sjukvården logopeder bör finnas – att täppa till eventuella ”hål” och att försöka säkerställa likvärdig tillgång till logoped för barn och ungdomar i Region Skåne.

Ytterligare en utgångspunkt är att likvärdighet och säkrad kompetens bäst åstadkoms i en formaliserad, regionövergripande organisation, som bör innefatta logopedi i öppna vårdformer även för vuxna patienter. Ingenstans i landet har man valt att ha en fristående organisation för barnlogopedi.

Av hävd har barn med tal- och språkstörningar avslutats i samband med skolstart. Ett sådant förfarande bör omvärderas och man bör även se över möjligheterna att ta emot vuxna patienter med utvecklingsrelaterade språkstörningar (developmental language disorder; DLD) inom regionens logopedi. Tydliga, ömsesidiga överenskommelser med kommuner och andra skolhuvudmän behöver formuleras för att inte barn och unga i behov av logopedinsatser ska hamna mellan stolarna.

Jag har valt att formulera dels tydliga rekommendationer, dels mer löst formulerade förslag vilka utgör grunden för en skissering på möjliga nya lösningar för organisationen av (barn-)logopedi i Region Skåne, att ställa emot nuvarande struktur. Flera av rekommendationerna och förslagen är dock oavhängiga val av organisation och skulle även kunna genomföras inom ramen för befintliga logopediverksamheter.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: inga uppgivna.

2. Förutsättningar och utgångspunkter

2.1. God och nära vård

Aktuellt för hela hälso- och sjukvården är omställningen till en god och nära vård. I huvudbetänkandet betonar utredaren att nära vård ska ses som ett förhållningssätt för hela hälso- och sjukvården. Nära vård är alltså ingen ny benämning på dagens primärvård (SOU 2020:19).

En majoritet av dagens öppenvårdslogopedi kräver inte sjukhusets medicinska och eller tekniska resurser. I varierande utsträckning behövs samverkan med andra vårdprofessioner, vilket dock inte alltid kräver att man finns under samma tak – något som covid-19-situationen gjort tydligt – men att finnas i samma organisation, med gemensam ledning, underlättar ofta konkret samarbete. Tydliga riktlinjer och goda förutsättningar för interdisciplinärt arbete behöver finnas på plats i extra hög grad om de samverkande professionerna befinner sig i olika grenar av organisationen.

Sett ur patientens perspektiv finns det stora fördelar med att flytta ut logopedin närmare patienterna. Logopedi närmare patienterna behöver inte betyda lägre grad av specialisering. Det kan mycket väl vara så att mer högspecialiserade logopeder ska jobba närmare patienterna.

2.2. Prioriteringar

Resurserna för offentligt finansierad hälso- och sjukvård kommer alltid att vara ändliga. Det är viktigt att prioritera på ett sätt som är förankrat i rådande evidensläge och som dessutom är transparent, både för patienterna och för dem som arbetar i systemet. Det ska inte råda några tvivel om att vården är likvärdig och att resurserna fördelas på ett rimligt sätt. Prioriteringar inom hälso- och sjukvård är både vertikala, det vill säga inom en patientkategori/diagnos/tillstånd, och horisontella, alltså mellan patientkategorier/ diagnoser/tillstånd. I det sistnämnda fallet behöver prioriteringsdiskussioner ske på bred front, det är inte bara en fråga för logopedin. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterade i en rapport från 2020 att det generellt finns få exempel på att Sveriges regioner har omsatt vård efter behov mellan sjukdomsgrupper i sina styrdokument. Resursfördelningen utgår främst ifrån tidigare års fördelning och behovsanalyser eller underlag från verksamheter används sällan som underlag för förändringar i fördelningen av resurser (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2020:7).

2.3. Personcentrering

Det framgår av patientlagen att hälso- och sjukvården så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Vid en omorganisering av barnlogopedin i Region Skåne är det av yttersta vikt att i ett tidigt skede involvera

patienter, exempelvis genom nära samarbete med brukarorganisationer som Stanningsförbundet, Dyslexiförbundet, Unga med språkstörning, DHB och Talknuten. Att se patienterna som medskapare av sin egen hälsa och vård är ett kultur- och maktskifte som beskrivs som avgörande för att säkerställa jämlik vård för sårbara grupper och för dem med störst behov av vård (se även SOU 2020:19).

2.4. Logopeder

Logopeder går en fyraårig grundutbildning och söker sedan legitimation via Socialstyrelsen. Därefter finns möjlighet till vidareutbildning genom masterexamen, vilket också krävs för att erhålla specialistbevis inom logopedi, som utfärdas av Svenska Logopedförbundet, logopedernas fack- och professionsförbund. Hittills har ett tjugotal logopeder i Sverige, varav två i Region Skåne, specialistbevis. Specialistkompetens kan erhållas inom huvudområdena språk-, röst-, tal- och sväljningsstörningar med möjlighet till mer specificerad underindelning. Även innan möjlighet fanns att få formaliserat specialistbevis har logopeder som arbetar i regionsjukvård, exempelvis kraniofaciala team och CI-team betraktats som specialister. Det är dock sällan som detta återspeglas i form av särskilda specialistlogopedtjänster. Ett undantag är Sahlgrenska Universitetssjukhuset, där en formell kompetensstege har införts för alla professioner, inklusive logopeder. Det är också rimligt att de logopediska insatser som kräver särskild kompetens i form av vidareutbildning eller certifiering i specifika behandlingsmetoder betraktas som en form av specialistnivå. Sådan särskild kompetens är förhållandevis vanligt förekommande, exempelvis med behandlingsmetoder vid stamning hos barn såsom Palin PCI och Lidcombe eller behandling vid taldyspraxi såsom DTTC eller ReST.

I föreliggande rapport återkommer begrepp som *logopedtillgång*, *logopedresurs* eller *logopedfunktion*. Logopederna i Region Skåne ska naturligtvis inte betraktas som funktioner eller pusselbitar som går att flytta runt hur som helst. En organisation som syftar till att föra logopedin närmare patienterna och som söker effektiviseringsvinster måste naturligtvis se till att också skapa förutsättningar för en god arbetsmiljö. Organisationsförändringar omgärdas inte sällan av ett internt motstånd och det är av stor vikt att medarbetarna förstår sin roll i ett större system och att vinsterna för patienterna blir tydliga.

2.4.1. Relativt låg logopedtäthet i Skåne

Region Skåne har ungefär 270 000 barn 0-15 år (regionfakta.se). Omkring 13 500 barn och ungdomar kan förväntas ha tal- och språksvårigheter (lågt räknat). Till barn- och ungdomslogopeders målgrupper hör även barn och ungdomar med röstproblem, stamning, ät- och sväljsvårigheter samt läs-, skriv- och matematiksvårigheter. Flera av dessa svårigheter kan anses vara livslånga, även om de naturligtvis ändrar karaktär över tid, och logopedinsatser kan och bör i förekommande fall pågå under lång tid.

Den senast tillgängliga statistiken per region i Socialstyrelsens databas över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal omfattar 2018 (Socialstyrelsen, 2020). Skåne låg 2018 under rikssnittet med 16 logopeder per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvård, i såväl offentlig som privat regi (snittet för riket var 18), vilket motsvarande en niondeplacering nationellt. Listan toppas av Region Gotland som har motsvarande 29 logopeder per 100 000 invånare, följt av Halland (26), Stockholm (24), Uppsala (23) och Östergötland/Västerbotten (20).

Tabell 2.4.1. Antal yrkesverksamma logopeder/100 000 invånare i hälso och sjukvård, privat och offentlig regi 2018 (Socialstyrelsen, 2020).

Län	
Gotlands län	29
Hallands län	26
Stockholms län	24
Uppsala län	23
Östergötlands län	20
Västerbottens län	20
Västmanlands län	18
Västra Götalands län	17
Skåne län	16
Jämtlands län	16
Dalarnas län	15
Blekinge län	14
Kronobergs län	13
Gävleborgs län	13
Norrbottnens län	13
Södermanlands län	12
Jönköpings län	12
Västernorrlands län	12
Örebro län	11
Kalmar län	10
Värmlands län	10
Riket	18

Över en femårsperiod fram till 2018 har logopedbemanningen i Region Skåne ökat marginellt, från motsvarande 14 logopeder inom hälso- och sjukvård per 100 000 invånare 2013 till 16 logopeder per 100 000 invånare 2018. Sedan dess har folkmängden i Skåne ökat. Logopedtätheten i Skåne är fortfarande lägre än rikssnittet och långt ifrån bemanningen i regioner med liknande befolkningsunderlag och universitetssjukhus. Låg logopedtäthet gör det givetvis svårare att bedriva logopedisk vård med god tillgänglighet och underlättar heller inte när det gäller samverkan med

andra aktörer eller internt utvecklingsarbete. Underbemanning leder till ojämlik vård ur ett nationellt perspektiv. Det totala antalet logopeder i Sverige har ökat med över 20 % de senaste fem åren och har mer än fördubblats under 2000-talet (Socialstyrelsen, 2020), vilket gör att en attraktiv arbetsgivare inte bör ha några problem att rekrytera. Det faktum att logopedutbildningen finns i regionen bör ytterligare underlätta rekrytering vid en eventuell utökning av tjänster.

Enligt uppgift fokuserar mottagningslogopeder i Skåne framför allt på nybesök och bedömningar medan behandlingar får vänta (Region Skåne, 2020). Så länge tillgänglighet mäts via väntetid för nybesök är det svårt för verksamheterna att ställa om. När det gäller screeningar, till exempel inom barnhälsovård, poängteras ofta att det måste finnas en intervention för dem som screeningen identifierar. Samma resonemang kan föras när det gäller bedömningar utan följande behandling. Även vid ett resurstillskott behöver man diskutera hur intervention ska utformas och vid behov göra de prioriteringar som krävs för att nå dem som har störst behov av insatser.

2.4.2. Kommunal logopedi

Vad gäller logopedi med annan huvudman än regionen hör Skåne till en av de regioner som har relativt väl utbyggd logopedi inom elevhälsa och skola. Logopedtillgång i primärkommunerna i Skåne varierar dock och flera kommuner saknar helt logoped. De logopeder som finns i kommunerna är oftast anställda antingen som del i ett centralt elevhälsoteam eller på specifika skolor/förskolor. Det varierar om och i vilken utsträckning logopeden tränar individuellt med barnen. Kommunanställda logopeder kan även ha en mer handledande roll.

3. Logopeder på sjukhus

Av tradition har logopeder i Sverige framför allt varit landstingsanställda, dels inom habiliteringsverksamhet och dels på sjukhusens logopedmottagningar. Den senare kategorin kan oftast klassificeras som specialiserad öppenvård (ett undantag är situationen i Region Stockholm där en majoritet av logopedin klassificeras som primärvård i Vårdval Logopedi, även en relativt stor del av den verksamhet som lokalmässigt bedrivs på sjukhus).

Ett ofta anfört skäl till att organisera logopedverksamhet på sjukhus med utgångspunkt från professionsspecifika mottagningar istället för att placera ut logoped där patienterna finns har varit att logopeder behöver ett kollegium. Det har hävdats att det blir för ensamt att vara klinikansluten eftersom man sällan har professionskolleger på plats. När svensk logopedi växte fram från slutet av 1960-talet och framåt var tjänsterna få och den enskilda logopeden kombinerade ofta arbete inom sluten- och öppenvård, vilket fortfarande är vanligt förekommande, särskilt på mindre sjukhus. Personers behov av insatser för att kunna kommunicera och att äta och svälja på ett säkert sätt kan uppstå vid en mängd olika tillstånd, vilket också kan bidra till att det har upplevts svårt att knyta logopedtjänster till kliniker och avdelningar.

3.1. Sjukhuslogopedi

3.1.1. Logopedisk slutenvård

Av tradition har det varit stroke- och hjärnskadepatienter som har varit i fokus för logopediska slutenvårdsinsatser men det finns betydligt fler patientgrupper som behöver logopedkontakt i eller i nära anslutning till slutenvårdsskedet. För barn och ungdomar kan det exempelvis gälla:

- Inledande rådgivning på BB till föräldrar till barn med läpp-, käk- eller gomspalt eller andra kraniofaciala missbildningar
- Medverkan vid bedömning inför epilepsikirurgi
- Bedömning, behandling och rådgivning vid ätsvårigheter hos prematura eller svårt sjuka barn
- Insatser kring kommunikation för svårt sjuka barn, inklusive vård i livets slutskede

Logopedtillgång behövs alltså på sjukhus med BB och ytterligare resurs behövs i neonatalvård samt på relevanta avdelningar.

3.1.2. Annan sjukhusanknuten logopedi

Logopedresurs behöver dessutom finnas knuten till barn- och ungdomsmedicinska mottagningar i den mån man där möter barn och ungdomar med ätsvårigheter, inklusive barn med enteral nutrition och barn med ARFID (avoidant/restrictive food

intake disorder). Det sistnämnda är en patientgrupp som är styvmoderligt behandlad och som kan komma ifråga inom såväl barn- och ungdomspsykiatri, rehabilitering, primärvård och skolhälsovård (Strand, von Hausswolff-Juhlin, & Welch, 2018).

Därutöver finns det logopediska insatser som på olika sätt kan behöva sjukhusets resurser i form av utrustning eller dylikt. Det kan exempelvis röra:

- Medverkan vid sväljröntgen
- Fiberendoskopisk undersökning av sväljning
- Medverkan vid larynxstatus
- Högspecialiserade bedömningar, regionvård, exempelvis när det gäller barn och ungdomar med läpp-, käk- och gomspalt eller andra kraniofaciala missbildningar och barn med cochleaimplantat (CI).

3.1.3. Rekommendation

- **Att Region Skåne säkerställer logopedtillgång i hela regionen för sjukhuslogopedi avseende barn och ungdom.**

3.1.4. Förslag

När det gäller sjukhuslogopedi för barn och ungdomar kan det i förekommande fall vara logopeder i barn- och ungdomshabilitering som har rätt kompetens. Det kan även finnas en överlappning avseende vilka faktiska patienter det gäller, så att en andel av barn som behöver sjukhuslogopedi också är inskrivna i rehabiliteringen. Det skulle exempelvis kunna gälla en del barn och ungdomar med ättsvårigheter och barn och ungdomar i sluten vård med behov av alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). Man skulle därför kunna se över möjligheterna att rehabiliteringslogopeder till viss del tjänstgjorde även i sjukhuslogopedi, alternativt omfördela resurser.

4. Vårdsnivåer

Ett nationellt problem som ofta diskuteras inom logopedi är bristen på vårdkedja. Det är kanske allra tydligast inom ett område som strokevård, men påtalas även när det gäller andra patientgrupper, inklusive barn och ungdomar som behöver logopediska insatser. Jag vill dock hävda att det största problemet inte är avsaknaden av vårdkedja utan snarare det faktum att logopederna sitter långt ifrån patienterna och logopeder i dagsläget inte ingår som fullvärdig medlem i multiprofessionella team utan gör sin utredning vid sidan av en sammanhållen teamutredning inom exempelvis barn- och ungdomspsykiatri. En översyn av organisationen bör därför överväga tillskott av logopedresurs i de vårdinstanser där logoped i dagsläget helt saknas.

4.1. Vad är första linjens logopedi?

Med primärvård avses i lagtexten hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande behandling, omvårdnad, prevention och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska/tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Eftersom logopedin av hävd har funnits, och i en majoritet av landets regioner fortsätter finns främst på större sjukhus, finns det absolut ingen konsensus av vilka typer av insatser som bör utgöra någon slags primärvårdslogopedi eller första linjens logopedi vad gäller barn och ungdomar.

Barnhälsovården (BHV) definieras som primärvård och logopeder knutna till BHV, med fokus på prevention, rådgivning och basutredning, skulle vara ett sätt att införa en primärvårdsnivå inom barnlogopedi, se även stycke [4.2.1](#).

4.1.1. Stockholm: ett undantagsfall

Som nämnts är ett undantag nationellt vad gäller logopedi och primärvård/vård nära patienten den verksamhet som bedrivs enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) i Region Stockholm, i flera olika vårdval. Här har så gott som all logopedi som inte kräver sjukhusresurser flyttats ut, däribland innefattande största delen av det som i denna rapport benämns som barnlogopedi.



4.1.1.1. Fördelar med Stockholmsmodellen

Exempel på fördelar ur patienthänseende med Vårdval Logopedi är möjlighet att välja vårdgivare (dock är valet i realiteten ofta remittentens snarare än patientens; remisstvång råder och egen vårdbegäran medges ej), att logopederna finns nära patienten och att tillgängligheten är god.

4.1.1.2. Problem med Stockholmsmodellen

Vårdvalssystemets utformning har dock en mängd brister, av vilka flera uppmärksammats i den översyn som Region Stockholm gjorde 10 år efter införandet, bland annat att viss vård styrs av efterfrågan snarare än behov och att möjligheterna att styra utbud och geografisk placering är små (Dagens Arena, 2017).

Ersättningssystemets utformning underlättar inte när det gäller samverkan mellan olika aktörer, såväl andra vårdgivare som exempelvis skola och förskola. Eftersom man valt att bibehålla den gamla strukturen med logopeder som isolerade öar på egna mottagningar och eftersom ekonomiska incitament saknas för samverkan mellan vårdgivare, riskerar vården att bli fragmenterad och ineffektiv för såväl patient som vårdgivare.

4.2. Luckor i logopedutbudet

4.2.1. Barnhälsovårdslogopedi

Prioriteringsprinciperna sätter rehabilitering och prevention relativt högt, men i Skåne finns inga logopeder inom BHV. Centrala barnhälsovårdslogopeder finns bland annat i Uppsala, Västra Götalandsregionen, Region Halland och Region Jönköping.

Målet med svensk barnhälsovård (BHV) är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa. BHV jobbar på tre nivåer där den första insatsnivån handlar om intervention till hela populationen, andra nivån fokuserar på individer med ökat behov

eller risk för problem med hälsa eller utveckling och den tredje nivån är indikerad intervention, alltså insatser till barn och familjer som behöver fördjupat stöd från till exempel socialtjänst, fysioterapeut eller logoped (se även Fäldt, 2020).

Förskolebarn med språkliga och kommunikativa svårigheter uppmärksammas i en majoritet av fallen via screening på BVC och utreds sedan på logopedmottagningarna. Centrala BHV-logopeder har en viktig roll när det gäller att utveckla kompetens hos BHV-sköterskorna vad gäller tal, språk, kommunikation och ättsvårigheter samt screeningförfarande, vilket i förlängningen leder till förbättrad remissgång och tidigare upptäckt av barn i riskzon för tal- och språksvårigheter. Dessutom skulle indikerad intervention enligt nivå 3 kunna ges inom ramen för barnhälsovårdens verksamhet. Exempel på högspecialiserade insatser som med fördel sker så nära patienten som möjligt och möjligen inom ramen för primärvårdslogopedi är tidiga insatser till små barn med kommunikativa svårigheter, exempelvis i form av Hanen föräldrautbildningar eller kurser inom AKKtiv-paketet (jfr. *community-based intervention*).

I brist på formalisering av logopedresurser inom barnhälsovård initieras ofta mer eller mindre informella samarbeten mellan logopedmottagningar och lokala BVC. Inrättandet av en central BHV-logoped skulle dels höja kvaliteten i BHV, dels tillse likvärdigheten regionalt. En sådan tjänst skulle också kunna fungera som länk mellan mottagningslogopedi och barnhälsovård i Region Skåne.

Med tanke på att prevention och tidiga insatser till barn i risk för svårigheter bör vara högt prioriterat vore det lämpligt att förstärka barnhälsovården med logopedresurser även lokalt, särskilt i områden med lägre socioekonomisk status och få modersmålstalare av svenska. Om lokala BHV-logopeder infördes på bred front, skulle man kunna tänka sig att en sådan funktion skulle stå för en basutredning samt insatser med fokus på prevention och rådgivning samt vid behov remittera vidare till nästa vårdnivå för eventuell fördjupad bedömning och mer specifika/individuella insatser., analogt med arbetssättet hos BHV-psykologer (Sveriges Psykologförbund, 2020).

4.2.2. Multiprofessionella utredningsteam för förskolebarn

En betydande andel av barnen som faller ut på screening inom barnhälsovården har sammansatt problematik, exempelvis svårigheter både med språk, motorik, kognitiv utveckling och samspelsförmåga. Dessa barn behöver utredas brett (se exempelvis Gillberg, 2014; Fernell et al., 2019), men vårdens traditionella stuprör kan medföra att den som remitterar förskolebarn för fortsatt utredning nästan behöver ha ställt en (informell) diagnos för att kunna remittera till "rätt" instans. Utredningsförfarandet blir fragmenterat och ineffektivt och man riskerar att gå miste om de synergieffekter som kan uppstå i ett välfungerande multidisciplinärt teamarbete.

För barnet och vårdnadshavarna finns det stora vinster med ett sammanhållet utredningsförfarande och för vårdgivarna finns det också effektiviseringsmöjligheter med att samordna sig och gemensamt komma fram till eventuell diagnos och förslag på fortsatta åtgärder. Bland annat i Västerbotten har väntetiderna för utredning kraftigt minskat sedan införandet av Essence-team.

Essence-inspirerade team finns eller har funnits på flera håll i landet, antingen i projektform eller permanent (Västmanland, Gävleborg, Uppsala, Västerbotten). De Essence-team som har startat i andra regioner nyttjar ofta personal från befintliga verksamheter och ser till att frigöra tid för teamsamverkan och konkret samarbete kring utredningar eftersom det gäller barn som på ett eller annat sätt ändå hade kommit till de separata verksamhetsgrenarna. Det gäller samtliga aktuella professioner, exempelvis läkare från barnklinik, psykolog från BUP, fysioterapeut från barn- och ungdomshabilitering, logoped från logopedmottagning och/eller habilitering. Arbetet underlättas om man tillskjuter medel för någon typ av teamkoordinatorsfunktion.

4.2.3. Logopeder inom barn- och ungdomspsykiatri

Logopeder förekommer nationellt i (neuropsykiatriska) utredningsteam inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ibland annat Västra Götalandsregionen, Värmland och Östergötland. Utredning med frågeställning autism och ADHD och i viss mån även utredningar med frågeställningen intellektuell funktionsnedsättning sker i BUP:s regi i Region Skåne men enligt uppgift saknas logopeder inom barn- och ungdomspsykiatrin. För att barn och ungdomar ska få en sammanhållen utredning och för differentialdiagnostik behöver BUP:s utredningsteam kompletteras med logopeder. Vid autismspektrumtillstånd hör kommunikationssvårigheter till nyckelsymptomen och vid ADHD, där BUP dessutom står för behandlande insatser, är komorbiditeten med språkstörning och/eller läs- och skrivsvårigheter hög (olika siffror rapporteras i litteraturen beroende på om man undersökt ett populationsurval eller ett kliniskt urval). Det finns också växande konsensus kring att betrakta (grav) språkstörning/DLD som en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som ofta har vittgående konsekvenser, inklusive ökad risk för psykisk ohälsa.

Man kan tänka sig att logopedtjänster inom BUP finansieras genom viss omfördelning av resurser, då logopeder på logopedmottagningar sannolikt redan träffar dessa patienter i något skede. Dock bör man också se över resursfördelningen vad gäller teamsammansättningen på BUP totalt. En annan möjlighet är att utarbeta tydligare rutiner för samverkan med logopedmottagningarna. God teamsamverkan underlättas dock ofta mycket av att man finns i samma organisation. Det blir också enklare för remitterter som kan skicka remiss med en samlad frågeställning till en instans istället för flera.

En annan patientgrupp som kan komma i kontakt med barn- och ungdomspsykiatri är barn med selektiv mutism. Denna patientgrupp hamnar ibland mellan stolarna då logopeder på logopedmottagningar kan uppleva att deras verktyg är otillräckliga för att fullt ut möta patienternas behov och psykologer inom BUP har en liknande upplevelse, bland annat för att selektiv mutism ofta samförekommer med annorlunda språkutveckling. En annan grupp som kan hamna mellan stolarna är barn och ungdomar med ARFID, se även [stycke 3.1.2](#). Ytterligare en grupp som i ökad utsträckning kommer i kontakt med BUP är barn och ungdomar med frågeställningar kring könsidentitet. Logopeden arbetar även med denna patientgrupp och arbetet skulle troligen kunna optimeras om logopedfunktionen knöts närmare till specialistteamet i Lund.

4.2.4. Rekommendationer

- att Region Skåne inrättar en central barnhälsovårdslogopedtjänst
- att Region Skåne inrättar funktionen *multiprofessionellt utredningsteam för barn i förskoleåldern med "öppen ingång" /Essence-team*
- att logopeder blir en tydlig del av relevanta utredningsteam inom barn- och ungdomspsykiatri

4.2.5. Förslag

Förstärk barnhälsovården med logopedresurser även lokalt, med särskilt fokus på socioekonomiskt utsatta områden.

När det gäller Essence-team skulle man kunna tänka sig att ha team i nordost med utgångspunkt Kristianstad, nordväst med utgångspunkt Helsingborg och ett sydteam med utgångspunkt Malmö/Lund.

5. Stärkt regional samverkan

5.1. Regionlogopedi

Flera av landets regioner har valt att organisera sin mottagningslogopedi (inklusive slutenvårdsinsatser) i regionövergripande organisationer, bland annat för att säkerställa likvärdighet och för att ge större möjlighet till professionellt utbyte logopedkolleger emellan. En övergripande logopediorganisation kan också vara ett sätt att få ett tydligare ledarskap med en gemensam verksamhetschef som kan driva frågor kring logopedi regionalt. Administrativa och eventuella andra stödfunktioner kan samordnas och effektiviseras. Regionlogopedi finns ibland annat i Norrbotten, Västerbotten, Gävleborg, Dalarna, Uppsala och Region Jönköping, där organisationen omfattar all logopedi i såväl öppen och slutenvård (i Norrbotten även habiliteringslogopedi). En alternativ organisationsmodell är att lyfta ut rehabilitering i såväl öppen och slutenvård från logopedmottagningarna. Barnlogopedi såsom den definieras i denna rapport samt vuxenlogopedi som inte definieras som rehabilitering organiseras som (regionövergripande) separat logopedverksamhet. Logopeder inom rehabilitering har då sin anställning på rehabiliteringsmedicinska kliniker. En sådan lösning finns i Region Jämtland-Härjedalen samt Västmanland.

I ett scenario där logopedresurser knyts närmare till olika verksamhetsgrenar såsom BHV och BUP, men där tjänsterna fortsatt finns på logopedspecifika kliniker (se även [7.1.1](#)), skulle rutiner för samarbete och säkrande av kompetens och likvärdighet troligen underlättas om logopederna hörde till samma regionövergripande logopediorganisation jämfört med om man behöver hitta lokala lösningar för samverkan med varje logopedmottagning.

5.2. Gemensamma rutiner

Oavsett exakt hur logopedorganisationen ser ut måste man tillse att rutiner för remissbedömning och hantering av väntelistor blir jämförbara i hela regionen. Med ett enkelt knapptryck ska logopeden i Trelleborg kunna ta reda på aktuella väntetider i Kristianstad och kunna erbjuda patienten en tid på den ort som har kortast väntetid¹. Det är önskvärt att ökad samordning sker även vad gäller faktiska behandlingsinsatser, så att patienter i Region Skåne får ett likvärdigt omhändertagande, se även stycke [5.3](#) nedan. Enligt regionens genomlysning finns ett pågående arbete med diagnosrelaterade arbetsgrupper där logopeder försöker samordna regionövergripande rutiner men det har varit svårt att implementera dessa, bland annat på grund av logopedernas olika verksamhetstillhörighet (Region Skåne, 2020), vilket talar för att en mer genomgripande organisationsförändring behövs.

¹ Min personliga erfarenhet av ett liknande system är att de flesta föredrar att vänta och få komma till logopeden på hemorten, apropå logopedi nära patienten.

5.3. Säkra kompetens

Allmänlogopeder vittnar ofta om att det upplevs oöverstigligt att hålla sig à jour med utvecklingen inom samtliga logopediska områden. I regioner med länsövergripande organisation för mottagningslogopedin kan man dela upp arbetsområden och eventuellt skapa vissa centrumbildningar eller specialistfunktioner, se även stycke 5.4, samt möjliggöra för logopeder att fokusera på ett mindre antal patientkategorier/diagnoser. I exempelvis Gävleborg och Norrbotten reser logopederna en del över länet för att tillse att patienterna får träffa logopeder med rätt kompetens och för att tillhandahålla patientnära logopedi. Detta skulle inte vara någon orimlighet i Region Skåne där avstånden är förhållandevis små.

I en region som Skåne finns det förmodligen ytterligare effektiviseringsmöjligheter när det gäller att genom mer formaliserad samverkan inom barnlogopedi samla kompetens kring en del mer sällan förekommande diagnoser/ patientgrupper/ behandlingsmetoder. Det skulle visserligen kunna innebära ett potentiellt frångång från principen om vård så nära patienten som möjligt, men skulle å andra sidan kunna leda till förbättrade möjligheter att fördjupa kompetens inom små diagnosområden eller specifika metoder och därmed ökad kvalitet för patienten. Ett exempel på en sådan patientgrupp är barn med *taldyspraxi*, även benämnt *verbal dyspraxi*, som beräknas drabba 1-2 promille av barn. Taldyspraxi är ett tillstånd som kräver högintensiv behandling enligt specifika metoder vilka inte ingår i logopeders grundutbildning. Ett annat exempel är vissa behandlingsmetoder, föräldrautbildningar eller gruppbehandlingar², där det dessutom skulle kunna finnas vinster med att samla fler vårdnadshavare/patienter än vad som går att uppbåda på en enskild logopedmottagning. I exempelvis Stockholm finns möjlighet för logopedmottagningar att remittera vidare för vissa former av föräldrautbildningar. Man bör också undersöka närmare i vilken mån logopedi på distans kan vara en lösning för vissa patientgrupper för att patienten ska få möta logoped med rätt kompetens, dock ska det i sammanhanget nämnas att erfarenheterna under pandemin visat att digitala lösningar inte alltid innebär en effektivisering. Flerårig erfarenhet av logopedi på distans finns framför allt i Västerbotten som arbetat med digitala lösningar i närmare två decennier, med såväl barn som vuxna patienter.

5.4. Möjliga centrumbildningar

När det gäller regionala centrumbildningar eller regionövergripande formaliserade specialistfunktioner inom logopedi i regioner som inte har regionövergripande organisation för logopedi är det framför allt Region Stockholm som har några övergripande verksamheter som inte organisatoriskt hör till Habilitering & Hälsa eller

² Det gäller t ex behandlingsmetoder såsom Lidcombe och Palin PCI vid stamning samt föräldrautbildningar som Hanen It takes two to talk[®] och AKKtiv Komlgång och KomiTid för små barn med svårigheter inom språk och kommunikation.

motsvarande. Sådana verksamheter tar emot patienter oavsett om de hör till habiliteringens målgrupper eller ej och är alltså en möjlighet för patienter att få remiss för en mer specialiserad/fördjupad bedömning och en möjlighet för logopeden att få input från en mer kunnig kollega. På sikt skulle det vara önskvärt att sådana logopeder i sådana specialistfunktioner också får möjlighet till formell specialisering och specialisttjänster.

5.4.1. Hjälpmedel

I region Skåne finns KommSyn, en regionövergripande enhet som arbetar på uppdrag av förskrivare. De största patientgrupperna kommer från habilitering samt från logoped- och neurologmottagningar, i det sistnämnda fallet handlar det främst om vuxna patienter med progredierande neurologiska sjukdomar (Region Skåne, 2020). Utprovning av kommunikationshjälpmedel sker på KommSyn medan inträning och uppföljning är förskrivarens ansvar. Ett liknande arbetssätt är vanligt förekommande nationellt. Ett annat möjligt sätt att organisera hjälpmedelsverksamhet vad gäller logopeders målgrupper finns i Region Gävleborg, där specialister på kommunikationsenheten Kom-X provar ut, anpassar och förskriver hjälpmedel samt utbildar och följer upp. Därmed säkerställs hög kompetens hos förskrivarna och god kontinuitet för patienterna och deras nätverk.

5.4.2. Flerspråkighet och språkstörning/DLD

Utredningar av flerspråkiga barn och ungdomar med frågeställning kring språkstörning/DLD är ofta komplicerade. Alla språk behöver bedömas, optimalt av en logoped med god kunskap i samtliga aktuella språk men i realiteten ofta via tolk. Dessutom är en psykosocialt komplex situation inte ovanlig i sammanhanget. Vid Södertälje sjukhus finns ett formaliserat flerspråkighetscentrum, som specialiserat sig på sådana utredningar. Med tanke på demografin i Region Skåne är det troligt att ett sådant team skulle fylla en välbehövlig funktion. I ett tänkt scenario med en regionövergripande organisation skulle ett sådant flerspråkighetsteam kunna bestå av logopeder från flera olika mottagningar som samverkar regionalt, som gemensamt utvecklar kompetens kring arbetsområdet och dit det finns en formell remissgång.

5.4.2. Dyslexi och dyskalkyli

Utredning av läs- och skrivsvårigheter samt matematiksvårigheter är exempel på logopediska insatser som begränsas till just utredning och möjligen insatser kring hjälpmedel. Utredning av matematiksvårigheter/dyskalkyli bör dessutom ses som en specialistfunktion eftersom kompetensen inte ingår i logopeders grundutbildning.

I Skåne finns SKED – Skånes Kompetenscentrum för elever med dyskalkyli och dyslexi, organiserat under Habilitering & Hjälpmedel. SKED vänder sig till elever, anhöriga och

personal och erbjuder rådgivning, hjälp med digitala verktyg och *i undantagsfall* utredning. Man säljer även skraddarsydda utbildningar till personalgrupper och anordnar betalföreläsningar för diverse intresserade och jag förstår det som att verksamheten delvis är självfinansierad. Jag känner inte till några liknande kompetenscentra i andra regioner och följande frågor väcks:

- 1) varför är SKED organiserat under Habilitering & Hjälpmedel?
- 2) hur skiljer sig SKED:s uppdrag skiljer sig från Specialpedagogiska Skolmyndighetens (som är en kostnadsfri resurs för samtliga skolhuvudmän från förskola till vuxenutbildning)?
- 3) hur skiljer sig SKED:s roll från Skoldatatekens?

En centrumbildning/regional samordnad funktion för logopedisk utredning av läs-, skriv och matematiksvårigheter bör lämpligen erbjuda utredning mer regelmässigt än vad som verkar vara fallet på SKED, särskilt vad gäller dyskalkyli enligt resonemanget ovan om specialistfunktion. Komplexa ärenden, exempelvis med samtidig frågeställning kring neuropsykiatrisk funktionsnedsättning skulle lämpligen utredas av multiprofessionella team, som inkluderar logoped, på BUP, se även stycke [4.2.3](#).

5.4.3. Rekommendationer

Etablera ett flerspråkighetsteam för utredning av språkförmåga hos flerspråkiga barn och ungdomar.

Se över SKED:s verksamhet och uppdrag.

6. Samverkan med annan huvudman

I den nationella diskursen bland logopeder talas det ofta om behovet av fler skol- och förskolelogopeder som en lösning på såväl bristen på logopedisk vårdkedja som upplevelsen av otillräckliga resurser på logopedmottagningarna. Logopeder inom skola sysslar i första hand inte med hälso- och sjukvård. Kommunlogopeder inom utbildningsväsendet bör inte ses som logopedmottagningens "förlängda arm". I den bästa av världar har barn och ungdomar både tillgång till skollogoped, som bidrar till ökad måluppfyllelse genom exempelvis konsultativa insatser gentemot pedagoger och genom klassrumsbaserad intervention i nära samarbete med undervisande lärare, specialpedagog och speciallärare, och till regionlogoped som står för utredning, diagnostik och i förekommande fall behandling.

Logopediska hälso- och sjukvårdsinsatser ska prioriteras enligt prioriteringsprinciperna och eftersom det kan vara svårt att dra skarpa gränser mellan vad som ska betraktas som vård respektive vad som är skolans ansvar så är det viktigt att regionen samverkar med kommuner och andra huvudmän så att inte barn med behov av hälso- och sjukvård faller mellan stolarna. Eventuella begränsningar från regionens sida bör motiveras väl utifrån hälso- och sjukvårdsuppdraget och eventuella horisontella prioriteringar snarare än att motivera en ransonering av insatser med att man anser att en annan huvudman borde göra det.

6.1. Utredning av läs- och skrivförmåga/dyslexi samt utredning av matematiksvårigheter/dyskalkyli

Vad gäller läs- och skrivutredningar samt utredningar av matematiksvårigheter finns det stor variation i hur landets regioner valt att göra. I en del regioner betraktas dyslexi- och dyskalkyliutredningar inte som en uppgift för hälso- och sjukvården över huvud taget och i en del regioner utreds enbart vuxna. I ytterligare andra regioner utreds läsning och skrivning hos skolbarn endast om det finns en samtidig frågeställning kring misstänkt språkstörning/DLD. En pedagogisk kartläggning av läs-, skriv- eller matematiksvårigheter kan inte likställas med en logopedisk utredning. Läs-, skriv- och matematiksvårigheter påverkar inte bara skolgången – det kan ha långtgående effekter på individens hela tillvaro och möjligheterna till delaktighet i samhällslivet. Att få en diagnos och en förklaring till svårigheterna utifrån en biopsykosocial modell kan upplevas som stärkande och den formella diagnosen, ställd av legitimerad logoped, kan dessutom behövas i sammanhang som teoriprov för körkort, förlängd tid på högskoleprovet och särskilt stöd vid högskolestudier.

6.2. Språkstörning/DLD i skolåldern

En översyn av logopedins organisation och resurser bör ta hänsyn till att gruppen skolbarn med språkstörning i dagsläget utesluts från logopediska hälso- och

sjukvårdsinsatser på oklara grunder. Vad gäller språkstörning/DLD hos barn och ungdomar har det av hävd funnits en uppfattning bland logopeder att dessa svårigheter blir skolans ansvar när barnen börjar i förskoleklass. För barn och ungdomar med stamning eller röstproblem har det däremot sällan rått några tvivel om att stamningen behandlas av regionlogoped.

Patientgruppen barn med språkstörning/DLD har förändrats, från att ha dominerats av barn med uttalssvårigheter till att istället omfatta barn med komplexa svårigheter inom språk och kommunikation som leder till större funktionsnedsättning med mer omfattande konsekvenser för delaktighet och livskvalitet och potentiellt stora negativa följder sett ur ett livsperspektiv. Fortfarande råder dock en uppfattning bland många logopeder att skolhuvudmannens ansvar för barn med språkstörning är långtgående – så pass långtgående att det rättfärdigar avslutande av behandlande insatser från logopedmottagningarnas sida (Tonér, 2020). Jag vill med bestämdhet hävda att detta inte är en rimlig tolkning. Skolhuvudmannen har visserligen ett långtgående ansvar för att utreda elevers svårigheter att uppnå skolans mål och att sätta in relevanta åtgärder, men det handlar inte om att bedriva hälso- och sjukvård. Skolan har inte ett behandlingsansvar. Ej heller har elevhälsan ett omfattande sjukvårdsuppdrag och dess fokus är framför allt prevention och hälsofrämjande arbete snarare än diagnostik och behandling. Ett ärligt försök att definiera logopediska insatser inom ramen för hälso- och sjukvård för barn och ungdomar med språkstörning/DLD behöver innefatta ömsesidiga överenskommelser mellan region och kommunförbund eller motsvarande utifrån respektive huvudmans styrdokument och kan inte grundas på hur det råkar se ut med logopedbemanning i olika kommuner eller vad logopedmottagningarna tycker skulle vara praktiskt.

Det finns evidensbaserade behandlingsmetoder för äldre barn och ungdomar med språkstörning och att utesluta barn och ungdomar med vissa diagnoser från logopediska hälso- och sjukvårdsinsatser på grund av att de börjar skolan kan betraktas som åldersdiskriminering. Man skulle även kunna hävda att konsekvenserna av språkstörningen är större för en ungdom än för ett förskolebarn och det är inte per automatik så att ett yngre barn alltid är högre prioriterat än ett äldre. Dock är gränsdragningen inte okomplicerad när det gäller att avgöra vad som är medicinsk behandling och vad som är träning och insatser av specialpedagogisk karaktär. Dessutom behöver behandlingen förankras i elevens vardag och i de språkliga krav som ställs exempelvis i skolan. Det bör dock inte vara någon omöjlighet. Man kan jämföra med yrkesrelaterade röststörningar hos vuxna: arbetsmiljöansvaret är arbetsgivarens men det diskvalificerar inte den drabbade från logopedbehandling med utgångspunkt i patientens individuella förutsättningar och omständigheter.

7. Organisation

7.1. Regionövergripande organisation av logopedi

Utgångspunkten för båda nedanstående förslag är man genomför en förändring där mottagningslogopedin i Region Skåne finns i en regionövergripande organisation. Min bedömning är att det är den mest framkomliga vägen för att säkra likvärdighet och kompetens, att kunna göra samordningsvinster och att formalisera specialistfunktioner eller centrumbildningar. En annan ledstjärna är en generell förstärkning av logopedi för att åtminstone nå upp till rikssnittet om motsvarande 18 logopeder per 100 000 invånare, bland annat för att kunna erbjuda behandlande insatser till barn och ungdomar i skolåldern med språkstörning. Ytterst sett bör övergripande prioriteringar göras av politiken, som står för resurstilldelningen. Det är inte rimligt att hela prioriteringsbördan ska läggas på logopediverksamheterna.

Båda förslagen gör det möjligt för logopeder att arbeta med mer avgränsade diagnosområden snarare än att sikta mot en struktur där allmänlogopeder förväntas kunna lite om det mesta. Även utan formell specialisering finns det stora vinster av att logopeder kan nischa sig och fördjupa kompetens. I förlängningen underlättar ett sådant upplägg också för den som vill ansöka om specialistbevis.

För barnlogopedins vidkommande spelar det troligen mindre roll om rehabilitering av vuxna ingår i en regionövergripande organisation eller ej. Lokala förutsättningar, exempelvis om en stor andel logopeder arbetar både med vuxna patienter i slutenvård och med barn och upplever att arbetsområdena korsbefruktar varandra eller att det finns andra typer av vinster med ett sådant upplägg, bör vara vägledande för huruvida man väljer att inkludera logopeder inom rehabilitering eller ej i en regionlogopedi.

7.1.1. Omfattande regionlogopedi

I ett första tänkt scenario ingår barnlogopedi i Region Skåne i en regionövergripande organisation tillsammans med annan logopedi och ses även fortsättningsvis i första hand som specialiserad öppenvård. Kompetenser som inte ingår i logopeders grundutbildning ses som specialistfunktioner och rutiner skapas för att regioninvånarna ska ha likvärdig tillgång till dessa, inklusive möjligheten för logopeder att remittera vidare till kollega med sådan specialistfunktion. Logopednärvaro i relevanta utrednings- och behandlingsteam säkerställs.

- Befintliga resurser från såväl mottagningslogopedi som barn- och ungdomshabilitering används för att säkerställa logoped i slutenvård och sjukhusanknuten logopedi för barn och ungdom i hela regionen samt eventuellt vad gäller hjälpmedelsförskrivning.
- En ny logopedtjänst tillskapas i form av en central BHV-logoped.

- Befintliga resurser används från såväl mottagningslogopedi som barn- och ungdomshabilitering för att möjliggöra Essence-team med god tillgänglighet för hela regionens befolkning.
- Befintliga resurser från mottagningslogopedi används för att säkerställa teamutredningar på BUP som inkluderar logoped när så behövs i hela Region Skåne.
- Befintliga resurser används för att bilda ett team inom ramen för regionlogopedin, specialiserat på komplexa utredningar av flerspråkiga barn och ungdomar.
- Verksamheten SKED ses över och blir en del av en centrumbildning inom regionlogopedi för utredning av dyslexi och dyskalkyli och med tydlig överenskommelse med kommuner och andra skolhuvudmän kring gränsdragningar och uppdrag.
- Omhändertagandenivå för barn och ungdomar med språkstörning definieras, i när samråd med annan huvudman, för att denna patientgrupp inte ska hamna mellan stolarna.

7.1.2. Begränsad regionlogopedi; logopeder flyttas ut i andra verksamheter

I ett andra scenario lyfts en stor del av tjänster i nuvarande barnlogopedi ut i respektive verksamhet och en primärvårdsnivå tillskapas. Genom att välja en sådan väg skulle Region Skåne gå i bräsch nationellt för att möjliggöra logopedi nära patienten. Logopeder skulle i betydligt mindre utsträckning än idag finnas på professionsspecifika mottagningar utan skulle istället arbeta i konkret och nära samverkan med andra professioner för patienternas bästa. Det skulle vara en drastisk förändring och implementeringen skulle säkerligen inte vara okomplicerad. Även i detta scenario är det givetvis önskvärt med en generell förstärkning av logopedi för att Region Skåne åtminstone ska motsvara rikssnittet för logopedbemanning, helst med viss marginal då en sådan här genomgripande förändring är resurskrävande.

- Befintliga resurser från såväl mottagningslogopedi som barn- och ungdomshabilitering används för att säkerställa logoped i slutenvård och sjukhusanknuten logopedi för barn och ungdom i hela regionen, dessa logopeder blir klinikanslutna, till exempel på barnklinik eller ÖNH-mottagning, och skulle troligen också till viss del ha regionövergripande uppdrag.
- En ny logopedtjänst tillskapas i form av en central BHV-logoped. Dessutom flyttas ett antal tjänster från logopedin till barnhälsovården även lokalt med fokus på prevention och tidig intervention på gruppnivå, särskilt i socioekonomiskt utsatta områden. En sådan förflyttning av tjänster skulle innebära att preventiva åtgärder för barn i förskoleåldern skulle prioriteras högre än i dagsläget. Det är upp till beslutsfattarna att avgöra vad man i så fall väljer att prioritera ned, med utgångspunkt ifrån prioriteringsplattformen. Dessa logopedtjänster skulle utgöra en reell primärvårdsnivå för barnlogopedi

som, utöver preventiva insatser i enlighet med BHV:s tre nivåer, även skulle kunna stå för en basutredning och eventuell vidareremittering till lämplig instans.

- Befintliga resurser används från såväl mottagningslogopedi som barn- och ungdomshabilitering för att möjliggöra Essence-team tillgängliga för hela regionens befolkning.
- Befintliga resurser från mottagningslogopedi, eventuellt från barnhabilitering i den mån utredningsresurser finns där, samt från SKED används för att flytta logopedtjänster till BUP för medverkan i utredningsteam (neuropsykiatri inklusive (grav) språkstörning/DLD; ARFID; selektiv mutism; könsdysfori). Misstänkt grav språkstörning i skolåldern och komplexa dyslexi- och dyskalkylifrågeställningar teamutreds på BUP. Här finns även regionövergripande logopedisk spetskompetens vad gäller komplexa flerspråkiga utredningar, både vid frågeställning språkstörning och vid (andra) neuropsykiatriska frågeställningar.
- Omhändertagandenivå för barn och ungdomar med språkstörning definieras, i när samråd med annan huvudman, för att denna patientgrupp inte ska hamna mellan stolarna.

Kvarstående delar av logopedin skulle även i denna modell organiseras som regionövergripande, logopedspecifik verksamhet. Även en sådan bantad regionlogopedi skulle dra nytta av en länsövergripande organisation för att bäst kunna möta patienternas behov och för att möjliggöra för logopederna att smälta av och arbeta med färre diagnosområden och på så sätt säkerställa kompetens och öka effektivitet. En sådan mer avgränsad logopediverksamhet skulle framför allt fokusera på patienter där nära teamsamverkan är mindre viktigt och där den logopediska insatsen mer eller mindre kan stå för sig själv. Det borde vare relativt okomplicerat att analysera nuvarande patientflöden för att anpassa resurserna. Det skulle exempelvis kunna gälla:

- 1) Bedömning och behandling av barn och ungdomar med röstbesvär och stamning
- 2) Bedömning och behandling av barn och ungdomar med talstörning, exempelvis taldyspraxi
- 3) Bedömning och behandling av barn och ungdomar med språkstörning/DLD utan samtidig påtaglig annan problematik
- 4) Okomplicerade utredningar av läs- och skrivsvårigheter hos barn och ungdomar (i den mån man tycker att det ska vara en uppgift för regionen); möjligen även utredningar av matematiksvårigheter – dock är samsjukligheten mellan matematiksvårigheter och andra utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar högre än för läs- och skrivsvårigheter, se även Stockholms läns landsting, 2015).

Ovanstående fyra arbetsområden skulle också kunna vara aktuella för privata vårdgivare som ingår vårdavtal med regionen enligt Lagen om offentlig

upphandling. Region Skåne bör då ställa tydliga krav vad gäller formell kompetens som motsvarar uppdraget.

Referenser

Dagens Arena (2017). *Utvärdering: starka grupper har gynnats mer av vårdvalet*. Hämtad från <https://www.dagensarena.se/innehall/utvardering-starka-grupper-har-gynnats-mer-av-vardvalet/>

Fernell, E., Billstedt, E., Karlsson Kendall, G., Ek, U., Gillberg, C. (2019). Teamsamverkan helt avgörande för rätt diagnos. *Läkartidningen* 2019/14. Hämtad från <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2019/04/teamsamverkan-helt-avgorande-for-ratt-diagnos/>

Fäldt, A. (2020). *Targeting toddlers' communication difficulties at the Swedish child health services – a public health perspective* Doct. Diss. Uppsala universitet.

Gillberg, C. (2014). ESSENCE samlar diagnoserna till en helhet. *Läkartidningen* 38/2014. Hämtad från <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2014/09/essence-samlar-diagnoserna-till-en-helhet/>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). Rapport 2020:7. *Styra mot horisonten – Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*. Hämtad från <https://www.vardanalys.se/rapporter/styra-mot-horisonten/>

Regionfakta.se (2019). Folkmängd 31 december; ålder. Hämtad från <https://www.regionfakta.com/skane-lan/befolkning-och-hushall/befolkning/folkmangd-31-december-alder/>

Region Skåne (2019). *Genomlysning 2019. Logopedmottagningarna i Region Skåne*.

Region Skåne (2020). *Rapport: Genomlysning av logopedi i hela Region Skåne 2020*.

Socialstyrelsen (2020). *Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal*. Hämtad från (<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/halso-och-sjukvardspersonal/>)

SOU 2020:19 (2020). *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Hämtad från https://www.regeringen.se/495be8/contentassets/320f37078d854712ab89e8185466817b/god-och-nara-var-d-en-reform-for-ett-hallbart-halso--och-sjukvardssystem-sou_2020_19_webb.pdf

Stockholms läns landsting (2015). *Fokusrapport dyskalkyli*.

Strand, M., von Hausswolff-Juhlin, Y., & Welch, E. (2018). ARFID: restriktivt ätande utan rädsla för viktuppgång. *Läkartidningen* 37/2018 Hämtad från <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2018/09/arfid-restriktivt-atande-utan-radsla-for-viktuppgang/>

Sveriges Psykologförbund (2020). Nationell målbeskrivning för Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård. Hämtad från <https://www.psykologforbundet.se/mbhv-psykologerna/foreningen/Nationell-malbeskrivning1/>

Tonér, S. (2020). Behandling vid språkstörning: brist på likvärdighet. *Logopeden* 2 2020.