

Bedömning av behovet av talterapeutisk rehabilitering samt mängden rehabilitering hos barn och ungdomar

Finlands Talterapeutförbunds rekommendation

Tarvainen, S., Elo, H., Haukilehto, M., Huuskonen, K., Konola, H.,
Kurola, S., Nylander, N., Rantanen, E., Ruponen, U.-M., Ståhlberg-Forsén,
E., Sundstedt, S., Vikkula, L., Vuoti, K. & Piirto, H.

Innehåll

1. Inledning.....	3
1.1 Syfte med rekommendationen	3
1.2 Utarbetande av rekommendation	4
2. ICF-klassifikation som referensram för individuell bedömning.....	5
3. Tidpunkten för talterapeutisk rehabilitering/habilitering.....	6
4. Behov av talterapeutisk rehabilitering/habilitering och rehabilitering/habiliteringsmängd	7
4.1 Mall för bedömning av behovet av talterapeutisk habilitering och mängden habilitering	8
4.2 Alternativ till fastställande av mängden talterapi.....	19
5. Individuell talterapi, handledande talterapi och talterapi i grupp	20
6. Resursernas inverkan på tillämpning av rekommendationen.....	21
7. Till sist.....	22
Bilaga 1: Exempel på tillämpning av mallen.....	23
Bilaga 2: Centrala tabeller och listor i mallen	38
Källor	40
Författare till rekommendationen	44

Bedömning av behovet av talterapeutisk habilitering samt mängden habilitering hos barn och ungdomar Finlands Talterapeutförbunds rekommendation

Tarvainen, S., Elo, H., Haukilehto, M., Huuskonen, K., Konola, H., Kurola, S., Nylander, N., Rantanen, E., Ruponen, U.-M., Ståhlberg-Forsén, E., Sundstedt, S., Vikkula, L., Vuoti, K. & Piirto, H.

ISBN 978-951-9441-23-8

Finlands Talterapeutförbund rf., 2022

1. Inledning

Interaktion, kommunikation, språkliga färdigheter, tal, ätande och sväljning är centrala färdigheter i människans liv som förknippas med funktionsförmågan och delaktigheten. Funktionsförmågan kan störas av olika orsaker och svårigheter kan förekomma på flera olika delområden. Nedsatt funktionsförmåga kan ha en negativ inverkan på en individs utvecklingsmöjligheter, livskvalitet, psykiska hälsa och delaktighet samt de närståendes välbefinnande och livskvalitet. Nedsatt funktionsförmåga under en lång tid eller utan rehabilitering/habilitering kan orsaka betydande kostnader för samhället till exempel i form av utslagning. Kostnader som orsakas av utslagning kan uppgå till så mycket som över två miljoner euro per person (2,3 miljoner pund, se Coles m.fl. 2010).

Med funktionsförmåga avses människans fysiska, psykiska och sociala förutsättningar för att klara av funktioner som är betydelsefulla och nödvändiga för en själv. Med delaktighet avses däremot möjligheten att tillhöra grupper och gemenskaper som är viktiga för en själv (Institutet för hälsa och välfärd, n.d.).

Svårigheter med interaktion, kommunikation, språkliga färdigheter (inklusive läs- och skrivfärdigheter), tal, ätande och sväljning habiliteras i talterapi. Talterapi är medicinsk rehabilitering/habilitering som omfattas av vårdgarantin. Syftet med talterapi är att förstärka funktionsförmågan samt möjligheterna till deltagande och delaktighet. Talterapeutisk rehabilitering/habilitering gäller inte enbart individen, utan människorna i näromgivningen är också delaktiga i rehabilitering/habilitering. Talterapeutisk rehabilitering/habilitering genomförs i enlighet med talterapeutens eller en multiprofessionell arbetsgrupps utvärdering och rehabilitering/habiliteringsplan.

Talterapi är medicinsk habilitering som omfattas av vårdgarantin. Syftet med talterapi är att förstärka funktionsförmågan samt möjligheterna till delaktighet.

Det är dock inte enkelt att bestämma vem som bör erbjudas talterapi och hur mycket. Det finns varken en finländsk eller en internationell mall baserad på individuell behovsprövning och talterapeutisk kompetens och som skulle kunna användas för att bedöma om talterapeutisk rehabilitering/habilitering behövs och ifall det behövs, hur mycket.

1.1 Syfte med rekommendationen

Syftet med denna nationella rekommendation är att vara det första steget för att åtgärda denna brist och stödja sakkunniga vid bedömningen av behovet av talterapeutisk rehabilitering/habilitering samt mängden rehabilitering/habilitering. Målet med rekommendationen är att främja enhetliga praxis på nationell nivå och stärka jämställdheten mellan barn och unga när det gäller

taliterapeutisk rehabilitering/habilitering. Rekommendationen gäller barn och ungdomar under 18 år. Den är avsedd för alla de instanser som bedömer behovet av talterapi samt mängden talterapi och som fattar beslut om beviljandet av talterapi. Rekommendationen gäller all bedömning av behovet av talterapi från taliterapeutiska tjänster som produceras på kommunal nivå/i välfärdsområdena till krävande medicinsk rehabilitering/habilitering som Folkpensionsanstalten (FPA) bekostar. Rekommendationen är avsedd att fungera som en grund för multiprofessionell diskussion och erbjuda motiveringar som stöd för beslutsfattandet. Rekommendationen kan användas till exempel av taliterapeuter som utför habilitering eller bedömningar samt andra yrkesutbildade personer som utvärderar behovet av talterapi samt fattar beslut kring mängden av talterapi. Det finns en egen rekommendation för god rehabilitering/habiliteringspraxis för barn och ungdomar som använder hörhjälpmedel, som vi också rekommenderar att läsa. Rekommendationen finns på adressen:

https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2017/12/Kuulon-apuv%C3%A4line_hyv%C3%A4-kuntoutusk%C3%A4yt%C3%A4nt%C3%B6_Kuntoutuss%C3%A4%C3%A4ti%C3%B6_Ty%C3%B6se-losteita-53-2017.pdf

Målet med rekommendationen är att främja en enhetlig praxis på nationell nivå och stärka jämställdheten mellan barn och unga när det gäller taliterapeutisk habilitering.

1.2 Utarbetande av rekommendation

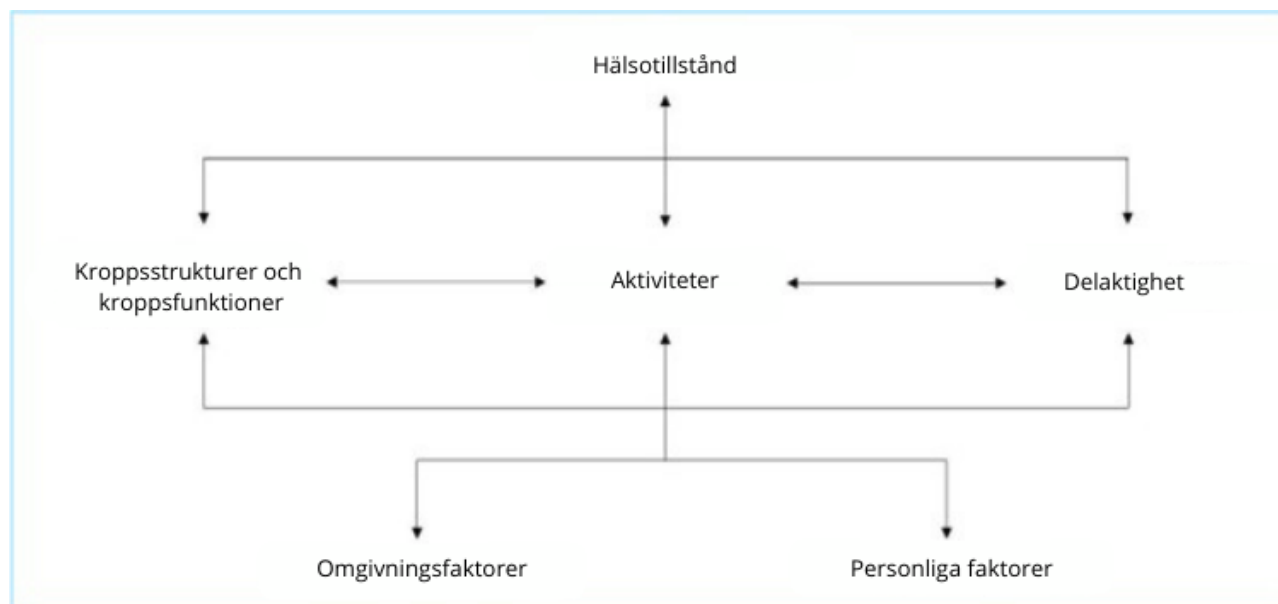
Rekommendationen har utarbetats av en arbetsgrupp som Finlands Taliterapeutförbund tillsatt och till vilken medlemmarna fick en öppen inbjudan. Arbetsgruppen bildades av alla som anmält sitt intresse och Finlands Taliterapeutförbund finansierade arbetet med att utarbeta rekommendationen.

Arbetet med att utarbeta rekommendationen påbörjades i april 2019. Rekommendationen baseras på den kliniska erfarenheten hos arbetsgruppens medlemmar, forskning och den nuvarande nationella strategin för ordnande av rehabilitering/habilitering. Rekommendationen har utarbetats i konsensus och skapats utifrån gemensam diskussion. För att uppnå konsensus när det gäller klientexemplen har även omröstning och beräkning av medeltal använts. Pilotversionen av rekommendationen skickades till Finlands Taliterapeutförbunds styrelse för kommentarer i april 2021. Rekommendationen ändrades utifrån kommentarerna, varefter den första versionen skickades ut för kommentarer internt inom branschen i september-oktober 2021. Rekommendationen bearbetades vidare utifrån responsen. Rekommendationen var öppen för kommentarer för alla intresserade från slutet av februari till början av april 2022. Kommentarer ombads från multiprofessionella instanser som rekommenderar rehabilitering/habilitering samt instanser som betalar rehabiliteringen/habiliteringen, aktörer som genomför rehabilitering/habilitering samt instanser som representerar användarna av rehabilitering/habiliteringstjänster. Utifrån kommentarerna gjorde arbetsgruppen en slutlig version av rekommendationen.

2. ICF-klassifikation som referensram för individuell bedömning

Vid bedömning av behovet av talterapi och mängden rehabilitering/habilitering ska klientens situation granskas individuellt. Som referensram för granskningen används den internationella klassifikationen för funktionsförmåga, funktionshinder och hälsa (International Classification of Functioning, Disability and Health) dvs. ICF-klassifikationen (World Health Organization, 2013).

Figur 1. ICF-klassifikation: Sambanden mellan komponenterna



Källa: World Health Organization, 2013

ICF-klassifikationen är avsedd för organisering och klassificering av funktionsförmåga och funktionshinder (World Health Organization, 2013). I ICF-klassifikationen beaktas individens medicinska hälsotillstånd och dess inverkan på funktionsförmågan och deltagandet. Dessutom beaktas miljömässiga och individuella begränsande och främjande faktorer som påverkar individens funktionsförmåga och deltagande. ICF hjälper till att definiera och mäta funktionshinder. Mer information om ICF-klassifikationen finns till exempel i ICF-guiden (World Health Organization, 2013), guiden Grundläggande information om ICF för talterapeuter (Suvanto & Piirto, 2019), THL:s webbsida (Institutet för hälsa och välfärd, 2021) och webbsidan för projektet ICF vid habilitering av barn (projektet ICF vid habilitering av barn, 2021).

ICF-klassifikationen beaktas faktorer som påverkar individens funktionsförmåga och deltagande samt omgivning på ett omfattande sätt. Eftersom dessa är relevanta även i talterapi kan faktorer i ICF-klassifikationen användas som stöd för bedömning av behovet av talterapi och mängden talterapi. Även om störningen och dess svårighetsgrad skulle vara samma hos två individer, kan behoven av rehabilitering/habilitering vara olika beroende på till exempel omgivningsfaktorer. En viss diagnos leder alltså inte till ett visst rehabilitering/habiliteringsbehov (jfr Kiviranta m. fl., 2016).

Mallen som presenteras i denna rekommendation bygger på tanken om anpassad intervention enligt vilken en viss habilitering eller delområden inom en habilitering erbjuds olika individer, eller individer vid olika tidpunkter, baserat på varje persons aktuella behov.

Mallen som presenteras i denna rekommendation bygger på tanken om anpassad intervention (adaptive intervention) enligt vilken mängden rehabilitering/habilitering som behövs beror på individens behov (Collins m.fl., 2004). Anpassad intervention är ett tillvägagångssätt där en viss rehabilitering/habilitering eller delområden inom en rehabilitering/habilitering erbjuds olika individer, eller individer vid olika

tidpunkter, baserat på varje persons aktuella behov. För att bedöma habiliteringsbehovet och fastställa mängden habilitering måste man utreda vissa på förhand definierade faktorer för varje enskild individ. I denna rekommendation är dessa på förhand definierade faktorer störningens inverkan på delaktighet, behovet av handledning till omgivningen, störningens svårighetsgrad och förväntad nytta. Till exempel finns det inte skäl att rikta mycket resurser till handledning av föräldrar som upplever att de inte behöver ytterligare handledning och som utifrån experternas bedömning har goda färdigheter att stötta sitt barn. Däremot ska omfattande handledning riktas till föräldrar vars barn har diagnostiserats med en logopedisk störning som klart stör vardagen och som rekommenderats alternativa och kompletterande kommunikationsmetoder.

3. Tidpunkten för talterapeutisk rehabilitering/habilitering

De viktigaste elementen vid rehabilitering/habilitering är tidpunkten för rehabilitering/habilitering, kvaliteten på rehabilitering/habilitering och mängden rehabilitering/habilitering. I detta dokument fokuserar vi på de sistnämnda, dvs. bedömningen av behovet av talterapi samt mängden talterapi. Först beskriver vi i detta kapitel faktorer som förknippas med tidpunkten för rehabilitering/habilitering. Talterapeutiska praxis som visat sig vara effektiva, dvs. kvaliteten på talterapi, beskrivs till exempel i Finlands Talterapeutförbunds rekommendationer om god talterapeutisk praxis (Hyvät puheterapiakäytäntö, Laiho m.fl., manuskript under arbete; Laiho m.fl., 2021; Miettinen m.fl., 2019; Miettinen m.fl., 2016).

Tidpunkten för talterapeutisk habilitering har ett klart samband med dess effekt (God medicinsk praxis-rekommendation, 2019). Även om störningens karaktär och svårighetsgrad samt barnets utvecklingsnivå (Bishop & Edmundson, 1987; Davis m.fl., 2016) påverkar habiliteringsresultaten och hur snabbt resultat kan uppnås, habiliteras yngre barn i allmänhet snabbare än äldre barn (Jacoby m.fl., 2002; Schmitt m.fl., 2017; se även Frizelle m.fl., 2021). Ju tidigare habiliteringen påbörjas, desto bättre resultat kan uppnås. Därför är det viktigt att talterapeuten, så snart en misstanke om svårigheter uppstår, bedömer situationen, handleder föräldrarna och näromgivningens samt inleder annan talterapeutisk habilitering som behövs. Det lönar sig alltså inte att vänta på att färdigheterna utvecklas eller problemen försvinner med tiden. Om barnet har utmaningar i bland annat samspel och språk ska man ingripa i dem till exempel med hjälp av handledning eller talterapi i gruppform redan vid två års ålder. Genom tidig handledning och habilitering kan man förebygga och lindra bland annat barnens språkliga svårigheter (Law m.fl.,

2017). Habiliteringsresultaten, fördelarna för individen och näromgivningen samt den ansvarsfulla användningen av offentliga medel förespråkar tidig habilitering.

Å andra sidan talar inte tilltagande ålder för avslutande av talterapi, om funktionshinder fortfarande kan konstateras och det finns potential till nytta. Habiliteringen kan fortfarande ge resultat i skolåldern och hos unga (se t.ex. Ebbels m.fl., 2017). I ungdomen och i vuxen ålder kan brister i språkliga färdigheter och brister i färdigheter i socialt språkbruk leda till svårigheter i sociala relationer, svårigheter med lärandet samt svårigheter i skolan/arbetet. Bristande språkliga färdigheter är förknippade med bl.a. svagare sociala relationer (Clegg m.fl., 2005; Durkin & Conti-Ramsden, 2007), låg socioekonomisk ställning (Elbro m.fl. 2011), arbetslöshet (Arkkila m.fl., 2008; Elbro m.fl. 2011), psykiska problem (Arkkila m.fl., 2008; Botting m.fl. 2016), utmaningar i att bli självständig (Arkkila m.fl., 2008), högre risk för sexuellt utnyttjande (Brownlie m.fl., 2017) och brott (Bryan m.fl., 2007; Snow m.fl., 2016), och därför är det rimligt även ur samhällets perspektiv att se till att barnet får tillräckligt stöd i rätt tid. Genom talterapeutiskhabilitering får barn och ungdomar bättre möjligheter att delta, lära sig, studera och sysselsätta sig och samhällets kostnader kan inbesparas (Marsh m.fl., 2010).

4. Behov av talterapeutisk rehabilitering/habilitering och rehabilitering/habiliteringsmängd

På primärvårdsnivå definieras behovet av talterapeutisk rehabilitering/habilitering av talterapeuterna och på specialsjukvårdsnivå i allmänhet av ett multiprofessionellt team. I allmänhet är det enklare att bedöma behovet än att bedöma mängden. Mängden talterapeutisk rehabilitering/habilitering består av tre delar (figur 2). Den första delen är antalet korrekt genomförda övningar/habiliterande episoder under ett besök (dose; t.ex. andelen övningar eller modellering under ett enskilt besök (Frizelle m.fl., 2021). Den består i sin tur av tre faktorer: a) upprepning av habiliterande episoder under en viss tid, b) tiden för ett enskilt besök och c) fördelning/frekvens av habiliterande episoder under ett enskilt besök. Den andra delen är frekvensen av habilitering (frequency; t.ex. besök per månad) och den tredje är habiliteringstiden (duration; t.ex. habiliteringstiden i månader).

Figur 2. Sammanställning av mängden talterapeutisk habilitering

1. Antalet korrekt genomförda övningar/habiliterande episoder under ett besök
 - a. Andelen habiliterande episoder under ett enskilt besök
 - b. Tiden för ett enskilt besök
 - c. Fördelning av habiliterande episoder under ett besök
2. Frekvens av habilitering
3. Habiliteringstid

Källa: Frizelle, Tolonen, Tulip, Murphy, Saldaña & McKean, 2021

I denna rekommendation hänvisar vi till mängden habilitering med ett timantal som består av tiden för ett enskilt besök, frekvensen och tiden för habiliteringsperioden.

Utifrån dessa kan den kumulativa intensiteten av habiliteringen beräknas: habiliterande episoder x frekvens x tid. För enkelhetens skull hänvisar vi i denna rekommendation till mängden habilitering med ett timantal som består av tiden för ett enskilt besök, frekvensen och tiden för rehabiliterings/habiliteringsperioden.

Forskningen om mängden talterapeutisk habilitering är ännu i ett tidigt stadium (Frizelle m.fl., 2021) och man kan inte ge någon allmän rekommendation om mängden, intensiteten och varaktigheten av talterapi till exempel vid utvecklingsrelaterad språkstörning (God medicinsk praxis-rekommendation, 2019). Det är dock känt att mängden habilitering ska vara tillräcklig för att habiliteringen ska vara effektiv, dvs. det finns ett s.k. kritiskt minimum (Frizelle m.fl., 2021). Detta innebär att om mängden är för liten, kommer barnet inte att ha nytta av habiliteringen, även om barnet skulle ha potential till nytta. Dessutom tyder forskningen om utvecklingsrelaterad språkstörning på att mycket habilitering mer sällan eller lite habilitering mer frekvent skulle vara optimala sätt att genomföra talterapi (Frizelle m.fl., 2021; Schmitt m.fl., 2017). Detta genomförandesätt återspeglas i den kliniska praxisen för habilitering av utvecklingsrelaterad språkstörning i Europa: direkt habilitering sker oftast 1x/vecka eller 2x/vecka (McKean m.fl., 2019). Den vanligaste tiden för besöket är 30–45 minuter, den näst vanligaste 45–60 minuter. Indirekt

Mängden talterapi ska fastställas från fall till fall med hänsyn till individens situation, behov och habiliteringsmål. Syftet med mallen i denna rekommendation är inte att ersätta individuell behovsprövning utan stödja beslutsfattandet.

talterapi, dvs. habilitering som genomförs med människorna i näromgivningen under handledning av en talterapeut sker oftast 3–5x/vecka i mindre än en halv timme åt gången. Mycket talterapi mer sällan verkar alltså förverkligas i individuell talterapi (1–2x/vecka 30–60 minuter), lite talterapi ofta (3–5x/vecka i mindre än 30 minuter) är möjligt att genomföra genom att handleda näromgivningen (McKean m.fl., 2019). Att fastställa den optimala mängden är en

komplex fråga, eftersom det finns flera olika teorier om språkinlärning och om till exempel vad som orsakar en utvecklingsrelaterad språkstörning, och de presenterar olika inlärningsmekanismer (Botting & Marshall, 2017). Därför kan man anta att den optimala mängden talterapi också kan variera mellan olika språkliga delområden och olika logopediska störningar. Innan mer forskning om mängden talterapi ackumulerats ska man även använda klinisk erfarenhet och nuvarande fungerande praxis för att fastställa mängderna.

4.1 Mall för bedömning av behovet av talterapeutisk habilitering och mängden habilitering

Mängden talterapi ska fastställas från fall till fall med hänsyn till individens situation, behov och habiliteringsmål. Syftet med mallen i denna rekommendation är inte att ersätta individuell

behovsprövning utan stödja beslutsfattandet. Mallen är avsedd att hjälpa hälsovårdspersonal som bedömer om barnet eller den unga behöver talterapi och hur mycket talterapi som behövs.

Mallen i denna rekommendation är avsedd att hjälpa hälsovårdspersonal som bedömer om barnet eller den unga behöver talterapi och hur mycket talterapi som behövs.

Med talterapi avses informationsutbyte, handledning, konsultation, rådgivning och habilitering som en talterapeut ger klienten och klientens näromgivning. Det kan till exempel innebära handledning för föräldrar, målinriktat samarbete med andra personer i klientens näromgivning, talterapeutisk habiliteringsperiod i grupp eller individuellt eller en kombination av alla dessa. Vi rekommenderar att mallen alltid används vid bedömning av behovet av talterapi och mängden habilitering. Behovet av habilitering bör bedömas regelbundet och rekommendationen ska baseras på individens aktuella behov (Collins m.fl., 2004). Såväl i samband med den första bedömningen, som vid uppföljningsbedömningen efter varje habiliteringsperiod, ska barnets situation gås igenom med hjälp av mallen och utifrån detta ska behovet av talterapi och mängden talterapeutisk habilitering bedömas på nytt. I denna process är dialog mellan sakkunniga och familjen samt den bedömande och habiliterande instansen viktig.

Viktiga faktorer som inverkar på habiliteringsbehovet är störningens inverkan på delaktighet, omgivningens behov av handledning, störningens svårighetsgrad samt potentialen för nytta till klienten och näromgivningen.

I mallen ingår fyra faktorer som påverkar habiliteringsbehovet: störningens inverkan på delaktighet, omgivningens behov av handledning, störningens svårighetsgrad samt potentialen för nytta för klienten och näromgivningen. När det gäller dessa fyra faktorer ska habiliteringsbehovet granskas ur den logopediska störningens synvinkel. Med logopedisk störning avses en situation där förmågan att interagera, kommunicera, förstå, producera eller använda språk, tala, äta eller svälja avviker från det typiska så att störningen orsakar olägenhet för klienten själv och/eller andra i vardagen.

1) Störningens inverkan på delaktighet

Störningens inverkan på delaktighet beskriver vilken inverkan störningen har på samspelet med olika människor och deltagande i aktiviteter som är viktiga för individens eget liv. Störningens inverkan på delaktighet ska jämföras med den förväntade bästa nivån hos barnet eller den personliga potential som barnets kognitiva färdigheter i förhållande till åldersnivån återspeglar. Indelningen nedan baseras löst på ICF-klassificeringen och Hjärnförbundets beskrivning av svårighetsgraden av utvecklingsrelaterad språkstörning och dess inverkan på delaktighet (Hjärnförbundet, n.d.; World Health Organization, 2013). I denna mall syftar störningens inverkan på delaktighet i allmänhet på inverkan av vilken logopedisk störning som helst.

LITEN: Barnets funktionsförmåga i vardagliga bekanta situationer är i allmänhet god och inom de gränser som ställs av ålder och kapacitet. I nya eller mindre bekanta situationer kan barnet inte delta i enlighet med sin ålder och kapacitet, om man inte beaktar och kompenserar för de brister som störningen orsakar.

MEDELSTOR: Störningen stör fungerandet och deltagandet enligt ålder och kapacitet även i de bekanta vardagliga situationerna om man inte beaktar och kompenserar för de brister som störningen orsakar. Även en lindrig störning kan orsaka måttliga eller svåra hinder för deltagandet.

STOR: Barnet kan inte delta enligt sin ålder eller kapacitet ens i de bekanta vardagliga funktionerna, om man inte systematiskt beaktar och kompenserar för de brister som störningen orsakar. Om problem som störningen orsakar inte beaktas finns det en stor risk för att de problem som störningen orsakar betydligt begränsar utvecklingen av barnets allmänna funktionsförmåga.

TOTAL: Barnets delaktighet är mycket begränsad och barnet behöver betydande, kontinuerligt och systematiskt stöd i vardagen.

Störningens inverkan på delaktighet har valts som faktor enligt ICF-klassifikationen (World Health Organization, 2013). Med tanke på funktionsförmågan är det avgörande hur individen inom ramen för sina färdigheter kan interagera med andra människor och delta i aktiviteter som är betydelsefulla för individens eget liv. Diagnosen och svårighetsgraden av störningen förutspår inte direkt delaktigheten (Almqvist & Granlund, 2005), så störningens inverkan på delaktigheten bör bedömas självständigt. Möjliga hjälpfrågor vid utredning av störningens inverkan är till exempel: Hur mycket minskar störningen barnets möjligheter att interagera med människor? Hur mycket upplever barnet eller familjen att funktionshindret stör deltagandet? Hur inverkar störningen på inläringen av kunskaper som är viktiga och meningsfulla för barnet? Hur inverkar störningen på deltagandet i de vardagliga sociala situationer, händelser eller aktiviteter som är viktiga för barnet/den unga?

En bedömning av störningens inverkan på delaktighet förutsätter samtal med människor i barnets näromgivning och med barnet, om det med tanke på barnets ålder och utvecklingsnivå är möjligt. Med barnet används vid behov alternativa och kompletterande kommunikationsmetoder (t.ex. bildstöd som åskådliggör vardagliga situationer och med hjälp av vilka barnet kan visa vilka situationer han eller hon önskar att skulle förlöpa bättre). Utöver intervjuer med klienten och människorna i näromgivningen kan störningens inverkan på delaktighet bedömas bland annat med hjälp av anamnesen, observationer i olika omgivningar, multiprofessionell bedömning och materialet 'ICF lasten kuntoutuksessa' (ICF vid habilitering av barn) (projektet ICF lasten kuntoutuksessa, 2021). Att höra klienten, familjen samt professionella från barnets vardag är viktigt vid bedömning av störningens inverkan på delaktighet.

Tabell 1 är avsedd att stöda bedömningen av störningens inverkan på delaktighet. Poängsättningen i tabellerna 1–4 förklaras i tabell 5.

Tabell 1. Störningens inverkan på delaktighet

Möjlighet att delta (i en viss aktivitet)	Behov av stöd för delaktighet (i en viss aktivitet)	Inverkan av funktionshindret	Störningens inverkan på delaktighet	Poäng
kan alltid delta	behöver inte mer stöd än andra	0–4 %	ingen inverkan	0
kan nästan alltid delta	behöver stöd sporadiskt	5–24 %	liten	2
kan delta regelbundet	behöver stöd regelbundet	25–49 %	medelstor	4
kan delta sporadiskt	behöver nästan ständigt stöd	50–95 %	stor	6
deltagande nästan omöjligt	behöver ständigt stöd	96–100 %	total	8

Funktionshindrets inverkan på delaktighet och störningens inverkan på delaktighet (World Health Organization, 2013). Möjlighet att delta (i en viss aktivitet), behov av stöd för delaktighet (i en viss aktivitet) och poäng: arbetsgruppen.

2) Behovet av handledning till omgivningen

Med handledning avses samarbete mellan talterapeuten och människor i klientens näromgivning för att stärka klientens samspel, kommunikation, språkliga färdigheter, tal, ätande och sväljning. Näromgivningen är de verksamhetsmiljöer i vardagen som barnet eller den unga deltar i eller skulle vilja delta i. Barnets eller den ungas näromgivning utgörs oftast av hemmet/familjen samt småbarnspedagogiken eller skolan. Även om termen handledning kan ge en bild av en enkelriktad verksamhet, avser den här gemensam verksamhet där talterapeuten, som expert inom området, och människorna i barnets näromgivning, som experter på barnet och barnets vardagar, arbetar tillsammans. Detta är en viktig del av varje talterapiperiod. Behovet av stöd fastställs utifrån gemensamma diskussioner och observationer. Man söker tillsammans nya och mer fungerande sätt att stötta barnet och kommer överens om hur ändringarna genomförs, om samarbetet och uppföljningen. Handledningen är nästan alltid en del av individuell talterapi och för vissa klienter består habiliteringen helt av handledningselement. Handledningen anpassas efter klientens individuella behov. Syftet med handledningen är att göra det möjligt för människorna i näromgivningen att på bästa möjliga sätt stötta habiliteringsklientens funktionsförmåga. Handledningen hjälper människorna i näromgivningen och klienten att förutom att ta till sig information också tillägna sig nya funktions sätt i vardagen. Sådana kan till exempel vara användning av alternativa och kompletterande kommunikationsmetoder eller ett övningsprogram som stöder utvecklingen av barnets ätfärdigheter. Handledningen kräver tidsresurser, eftersom den innehåller diskussion, givande av modell, gemensamma övningar samt att omgivningen motiveras och engageras i nya aktiviteter.

Behovet av handledning till omgivningen togs fram som en faktor i mallen, eftersom det är känt att barnets omgivning har betydande och långsiktiga effekter på barnets interaktion, kommunikation, språkliga färdigheter, allmänna utveckling samt utveckling av tal, ätande och sväljning. Till exempel förklarar antalet samtalsturer mellan den vuxna och barnet i småbarnsåldern de språkliga färdigheterna och intelligenskvoten ännu efter 10 år (Gilkerson m.fl., 2018). Dessutom är det känt att handledning av föräldern i riktning mot en mer sensitiv samspelepartner utvecklar såväl barnets talproduktion som språkförståelse (Roberts & Kaiser, 2011; Roberts m.fl., 2019). Handledningen av föräldrar är också central vid habilitering av ätande (Gosa m.fl., 2017). Människorna i näromgivningen behöver flera timmars handledning och övning för att ta till sig ett nytt handlings sätt. För att föräldrarna ska kunna ta till sig och använda följande metoder för att stötta interaktionen och barnets språkliga färdigheter behövs vanligen fem handledningsbesök: att svara

på barnets kommunikation, turtagning, att vänta på barnets svar/initiativ, upprepning av barnets aktiviteter och verbalisering (Roberts & Kaiser, 2012). Om man vill att föräldrarna även ska lära sig att ge modell, utvidga yttranden eller andra metoder som stödjer interaktionen, behövs ytterligare handledningsbesök. Genom att handleda föräldrar och andra människor i näromgivningen kan barnets habiliteringstödjas i betydande utsträckning och på ett kostnadseffektivt sätt.Handledning av människor i näromgivningen är viktigt för att habiliteringen i vardagen kan förverkligas.

Vid bedömning av behovet av handledning av omgivningen ska man fundera på hur mycket handledning människor i näromgivningen behöver i fråga om logopedisk störning. Till exempel föräldrar, den småbarnspedagogiska personalen, undervisningspersonalen, andra människor i barnets eller den ungas näromgivning, omgivningar eller sakkunniga som arbetar med barnet eller den unga kan behöva handledning. Behovet av handledning beror bland annat på färdigheterna hos människor i näromgivningen, hurdant tillvägagångssätt som kan förväntas av dem samt deras egen upplevelse av hur mycket handledning de behöver. Föräldrarnas förmåga att reagera på sitt barns aktiviteter kan bedömas till exempel med metoderna Parental Responsiveness Rating Scale (Barnett m.fl., 2021) eller Coding Observations of Parent-Child Interactions (Sylvestre, 2021). Dessutom ska man bedöma de förväntningar som ställts på föräldrarna: om alternativa och kompletterande kommunikationsmetoder rekommenderas för barnet är behovet av handledning stort eller totalt till en början. Å andra sidan bör föräldrarna få ytterligare handledning om de upplever att de fortfarande behöver det även om de redan skulle ha fått handledning. Betydande behov av handledning i endast en av barnets närmiljöer räcker för att göra behovet av handledning stort.

Tabell 2 är avsedd för att underlätta bedömningen av behovet av handledning till omgivningen. Om de närståendes metoder och upplevelse av behovet av handledning avviker avsevärt från varandra kan ett medeltal av poängen beräknas och/eller helheten bedömas i allmänhet för att bedöma behovet av handledning till omgivningen.

Tabell 2. Behovet av handledning till omgivningen

Näromgivningens färdigheter och metoder att stödja barnet enligt barnets ålder	Näromgivningens upplevelse av behovet av samarbete	Omgivningens behov av handledning	Poäng
bra färdigheter och metoder	inget behov av samarbete	inget behov	0
relativt bra färdigheter och metoder	litet behov av samarbete	litet	1
vissa färdigheter och metoder	klart behov av samarbete	medelstor	2
lite färdigheter och metoder	stort behov av samarbete	stort	3
totalt behov av färdigheter och metoder	betydande behov av samarbete	totalt	4

Poäng: ICF (World Health Organization, 2013). Omgivningens behov av handledning: arbetsgruppen utifrån ICF. Näromgivningens färdigheter och metoder att stödja barnet enligt barnets ålder och näromgivningens upplevelse av behov av samarbete: arbetsgruppen.

3) Störningens svårighetsgrad

Med störningens svårighetsgrad avses hur svår störningen är. Svårighetsgraden definieras här som lätt, medelstor, svår eller total enligt ICF-klassifikationen (World Health Organization, 2013). Det bör dock noteras att gränsdragningen mellan svårighetsgraderna inte är entydigt (God medicinsk praxis-rekommendation, 2019). Störningens svårighetsgrad verkar påverka mängden habilitering

som behövs: ju svårare störningen är, desto mer talterapi behöver barnen för att färdigheterna ska utvecklas (Davis m.fl., 2016; Justice m.fl., 2017; Roberts & Kaiser, 2019). Svårighetsgradens inverkan på mängden habilitering vid en störning kan ses till exempel i en studie (Justice m.fl., 2017), där en algoritm skapades för mängden talterapeutisk habilitering för barn med utvecklingsrelaterad språkstörning i en offentlig skola. Barnets språkliga färdigheter i början av terapin, tillsammans med den önskade förändringen, påverkade mängden talterapi som behövdes. Enligt vår tolkning återspeglar de språkliga färdigheterna här störningens svårighetsgrad. Till exempel hos barn på autismspektrum har intelligenskvoten konstaterats påverka mängden habilitering som behövs (Davis m.fl., 2016). Störningens grad mellan olika störningstyper påverkar också mängden talterapeutisk habilitering som behövs (Davis m.fl., 2016; Roberts & Kaiser, 2019). Barn på olika störningsspektrum behöver olika mängd habilitering för att lära sig. I en studie lärde sig barn med en utvecklingsförsening (developmental delay) ord snabbast och näst snabbast lärde sig barn med en utvecklingsrelaterad språkstörning och efter detta barn med ett autismspektrumtillstånd och långsammast lärde sig barn med Downs syndrom (Davis m.fl., 2016). Mängden talterapeutisk habilitering som ges i förhållande till diagnosen syns också i Roberts och Kaisers översikt (2019): föräldrar till barn på autismspektrum har i genomsnitt fått mer handledning än föräldrar till barn med språkstörningar och s.k. riskbarn. Såväl störningens svårighetsgrad inom en störning som störningens svårighetsgrad mellan olika typer av störningar verkar alltså påverka mängden habilitering som behövs. Därför inkluderade vi störningens svårighetsgrad som en faktor som definierar habiliteringsbehovet och mängden habilitering. Många dock också beakta att målen för barnen i olika störningsgrupper ofta inte motsvarar varandra och att mest talterapi inte därför alltid rekommenderas för barn med de svåraste störningarna. Å andra sidan är det viktigt att en person med snävt avgränsad svårighet som man kan påverka genom talterapi, får tillgång till habilitering.

Vid bedömning av störningens svårighetsgrad ska man koncentrera sig på vad som är svårighetsgraden av den logopediska störningen. Barnets situation ska jämföras med andra barn i samma ålder på varje delområde som kräver intervention. Svårighetsgraden kan bedömas till exempel med hjälp av anamnesen, kliniska observationer, intervjuer, tidigare bedömning, multiprofessionell bedömning, bedömningsmetoder som talterapeuterna använder och klinisk information om störningen. Dessutom finns det olika klassifikationer som kan användas som hjälp för att fastställa störningens svårighetsgrad, såsom Communication Function Classification System, CFCS (Hidecker m.fl., 2011) och Eating and Drinking Ability Classification System for Individuals with Cerebral Palsy, EDACS (Sellers m.fl., 2014) som används vid CP-handikapp samt allmänt ICF-klassifikationen (World Health Organization, 2013). Enligt God medicinsk praxis-arbetsgruppen är ett språkligt problem svårt om åtminstone ett av följande konstateras: Ett barn som fyllt 3 år kan inte uttrycka sig genom att tala eller har betydande svårigheter i språkförståelse; Språkliga svårigheter försvårar avsevärt barnets möjligheter att delta i daglig växelverkan och kommunikation och lära sig nytt; För att kunna agera, delta och utvecklas i enlighet med sin ålder och förmåga behöver barnet alternativa och kompletterande kommunikationsmetoder i alla andra situationer än de som upprepas dagligen (God medicinsk praxis-rekommendation, 2019). Tabell 3 är avsedd för att underlätta bedömningen av störningens svårighetsgrad.

Tabell 3. Störningens svårighetsgrad

Funktion i förhållande till åldersnivå	Grad av funktionshinder	Störningens svårighetsgrad	Poäng
på åldersnivå	0-4 %	ingen inverkan	0
lite lägre än åldersförväntningar	5-24 %	liten	1
klart lägre än åldersförväntningar	25-49 %	medelstor	2
betydligt lägre än åldersförväntningar	50-95 %	stor	3
mycket svag	96-100 %	total	4

Grad av funktionshinder, störningens svårighetsgrad och poäng: ICF (World Health Organization, 2013). Aktivitet i förhållande till åldersnivå: arbetsgruppen.

4) Förväntad nytta

Med förväntad nytta avses förväntad effekt av habiliteringen baserat på forskningsdata och klinisk expertis dvs. en bedömning av hur stor nytta en individ och individens näromgivning kan få av habiliteringen. Vid bedömning av förväntad nytta är det bra att också beakta informationen om barnets funktionsförmåga per delområde och i förhållande till ålder baserat på den multiprofessionella arbetsgruppens undersökning samt informationen om barnet och familjens helhetssituation från remissen, föräldrarna och återkopplingen från småbarnspedagogiken och skolan och andra eventuella instanser som arbetar med barnet eller med familjen. På förväntad nytta inverkar bland annat personens diagnos, egen motivation och stöd från omgivningen samt informationen om effekten av tidigare habilitering. Vid bedömning av tidigare nytta ska utfallet av den tidigare habiliteringsperioden beaktas. Om alla beviljade gånger inte av olika orsaker har kunnat användas, kan man inte heller ha uppnått målet. Nyttan av talterapi kan synas såväl på ett logopediskt delområde som i någon annan vardaglig aktivitet. Till exempel hos ett barn med utvecklingsstörning eller som är svårt autistiskt kan nyttan av talterapeutisk habilitering visa sig som allmänt lättare vardag eller minskad aggressivitet, även om färdigheterna i allmänhet ännu skulle ligga på en tidig nivå.

Att välja förväntad nytta som ett kriterium för mallen baseras på professionens etiska skyldighet att handla efter klientens intresse och använda offentliga medel ansvarsfullt (Finlands Talterapeutförbund, 2015). Effekt är också ett viktigt kriterium för habilitering i allmänhet. Om klienten inte har nytta av talterapi, finns det ingen anledning att erbjuda det (vid den aktuella tidpunkten) (se även Utvecklingsrelaterad språkstörning: God medicinsk praxis-rekommendation, 2019). Vid bedömning av förväntad nytta kan följande frågor användas som hjälp: Hurdana resultat ger habiliteringen vid störningen i fråga? Hur sannolikt kan man påverka funktionsförmågan genom att rikta den talterapeutiska habiliteringen på en viss färdighet, ett visst delområde eller en viss aktivitet? Till exempel kan habilitering vid otydligt tal, ätsvårigheter, stamning och artikulationssvårigheter ge goda resultat. Utvecklingsrelaterad språkstörning syns ofta i någon form även i ungdomen och i vuxenlivet. Autismspektrumtillstånd och utvecklingsstörning bevaras genom hela livet. Med talterapi kan man förutom färdigheterna också påverka bland annat delaktigheten, funktionsförmågan, attityderna och omgivningens verksamhet. Dessutom är det viktigt att fundera hur sannolikt det är att klienten och/eller klientens näromgivning har nytta av talterapi vid tidpunkten i fråga. Vid bedömning av förväntad nytta lönar det sig också att diskutera motivationen och samarbetsviljan hos klienten och näromgivningen.

Vid planering av individuell terapi påverkas den förväntade nyttan av bland annat klientens motivation och samarbetsvilja samt hur störningen kan påverkas med hjälp av habilitering (störningens habiliterbarhet). Bedömning av näromgivningens motivation och samarbetsvilja är däremot viktigt särskilt vid planering av handledande terapi. Barnet får dock inte lämnas utan talterapi på grund av att föräldrarna inte förbinder sig till habiliteringen. Om den förväntade nyttan är osäker, ska man tolka det så att klienten eller den närmaste omgivningen kan ha nytta av talterapi. Förväntad nytta ska bedömas både i förhållande till de mål som ställs för habiliteringen under habiliteringsperioden samt den totala långsiktiga nytta som habiliteringen potentiellt ger. Ett exempel är att handledning av föräldrar till ett barn i åldern 1,5–5 år ofta leder till liten effektstorlek i barnets språkförståelse (Roberts & Kaiser, 2011), men denna lilla förändring som sker till exempel vid två års ålder, kan ha en betydande multiplikatoreffekt på barnets senare färdigheter och framtidsutsikter. Även om habilitering i något skede av barnets liv inte verkar ge någon nytta, kan den senare vara nödvändig till exempel på grund av barnets utveckling, nya krav eller byte av omgivning.

Tabell 4 är avsedd för att underlätta bedömningen av förväntad nytta. Om poängen för störningens habiliterbarhet och poängen för klientens och närståendes motivation avsevärt avviker från varandra, kan ett medeltal av poängen beräknas och/eller helheten bedömas i allmänhet för att fastställa förväntad nytta.

Tabell 4. Förväntad nytta

Störningens/delfärdighetens habiliterbarhet	Klientens och omgivningens motivation och samarbetsvilja	Förväntad nytta	Poäng
ingen/svag	ingen/svag	ingen inverkan	0
liten	liten	liten	2
medelstor	medelstor	medelstor	4
stor	stor	stor	6
utmärkt	utmärkt	total	8
Störningens/delfärdighetens habiliterbarhet, klientens och omgivningens motivation och samarbetsvilja, förväntad nytta och poäng: arbetsgruppen.			

För dessa fyra faktorer (störningens inverkan på delaktighet, behovet av handledning till omgivningen, störningens svårighetsgrad, förväntad nytta) ges ett av fem värden: ingen/ingen inverkan, liten, medelstor, stor eller total. Dessa fyra faktorer och fem värden bildar en matris som kan användas för att beräkna en totalpoäng för att hjälpa fastställa behovet av talterapi och mängden talterapi (tabell 5).

Tabell 5. Mall för poängsättning vid fastställande av behovet av talterapi och mängden talterapi

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDLEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT: _____					

Ju högre poäng matrisen ger, desto större är behovet av talterapi.

Varje delområde/faktor i matrisen får ett värde mellan 0–4 eller 0–8. Störningens inverkan på delaktighet och förväntad nytta får högre poäng än behovet av handledning till omgivningen och störningens svårighetsgrad, eftersom arbetsgruppen anser att dessa är de viktigaste faktorer som inverkar på habiliteringsbehovet. Om det sammanlagda poängantalet är sex eller mer, behöver individen och/eller individens näromgivning talterapi. Ju högre poäng matrisen ger, desto större är behovet av talterapi. Principen bör vara att om man inte vet något ska man välja det alternativ som är bäst för barnets och barnets näromgivnings intresse.

Om man bedömer att klienten och klientens närmaste omgivning inte har nytta av talterapi och förväntad nytta får värdet noll, lönar det sig inte att erbjuda talterapi, även om poängantalet skulle vara sex eller mer. När förväntad nytta är osäker, tolkas denna punkt så att klienten kan ha nytta av talterapi. Då kan man till exempel pröva en korthabiliteringsperiod under vilken nyttan bedöms närmare. Antalet tidigare habiliteringsår bör inte påverka beslutsfattandet. Om störningen påverkar delaktigheten och habiliteringen förväntas ge nytta, bör talterapi fortfarande ges. I alla fall betyder inte en svårare störning att terapimängden behöver ökas. Förväntad nytta är avsedd att beaktas med stor vikt i sådana situationer. Även om störningen är allvarlig, lönar det sig inte nödvändigtvis att erbjuda mycket talterapi, om den förväntade nyttan är liten.

Användning av poängmallen förutsätter såväl hörande av klientens familj som olika professionella. Vid användning av mallen ska barnets/den ungas synpunkter höras, om det är möjligt med tanke på barnets/den ungas ålder, kognitiva förmåga och andra faktorer. Metoder för hörande av barnet finns till exempel i materialet för projektet 'Lapsen Oikeus Osallistua Kuntoutukseensa' (Barnets rätt att delta i sin habilitering) (Lapsen oikeus osallistua kuntoutukseensa - lapsen edun arviointi, 2015). Vid användning av mallen är det också viktigt att höra åsikterna från föräldrar/nära anhöriga, habiliterande och bedömande talterapeut samt eventuella andra personer som känner till klientens situation avseende interaktion,

Användning av mallen förutsätter såväl hörande av klientens familj som olika experter.

kommunikation, språkliga färdigheter, ätande och sväljning. Samtal med den habiliterande terapeuten ska vara en väsentlig del av bedömningsprocessen.

Det poängantal som matrisen ger kan omvandlas till mängden talterapi som klienten och klientens näromgivning bör erbjudas.

Poängantalet som poängmallen gett kan omvandlas till den mängd talterapi som klienten och klientens näromgivning bör erbjudas. Syftet med rekommendationen är att omvandla det individuella behovet och den individuella situationen till mängden talterapi enligt en förutsägbar och gemensam metod. Med hjälp av modellen är det möjligt att stärka likabehandlingen av klienterna genom en

nationellt enhetlig praxis. Avsikten är inte att öka, och inte heller minska, mängden talterapi som idag rekommenderas, utan att föreslå en metod som hjälper till att fastställa mängden. Ett ökande poängantal tyder på ett större behov av stöd och därför ökar även den rekommenderade mängden talterapi i och med att poängantalet ökar. Det största antalet besök (80x/år) har fastställts enligt vad som enligt arbetsgruppens uppgifter högst erbjuds i Finland. I en enkät som utredde behandlingen av utvecklingsrelaterad språkstörning i hela Europa var det vanligaste (35,6 %) svaret på hur mycket talterapi som kunde erbjudas, om mängden var begränsad, mer än 50 gånger (McKean m. fl., 2019). Finlands linje verkar alltså i detta avseende motsvara den europeiska praxisen. Omvandlingen av poäng till mängden talterapi beskrivs i tabell 6.

Tabell 6. Omvandling av poäng från mallen till mängden talterapi

Poäng	Rekommendation
6–7 p.	Talterapi rekommenderas 1–5x/år
8–10 p.	Talterapi rekommenderas 5–15x/år
11–13 p.	Talterapi rekommenderas 15–30x/år
14–17 p.	Talterapi rekommenderas 30–50x/år
18–24 p.	Talterapi rekommenderas 50–80x/år

En bedömning av behovet av talterapi bör också göras under habiliteringsperioden och den bör preciseras under habiliteringens gång. Om klienten till exempel inte längre behöver stöd, avslutas talterapi tidigare än planerat. Den talterapeutiska habiliteringen ska genomföras på ett sätt som lämpar sig för klientens individuella behov. Talterapi kan genomföras till exempel en, två eller tre gånger i veckan. Habiliteringen kan också genomföras i perioder med pauser emellan. Ibland kan habiliteringen genomföras i form av ett besök per månad. Optimalt skulle vara att kunna reagera flexibelt på den effekt som habiliteringen ger. För spädbarn och småbarn rekommenderar vi tätare uppföljning än en gång per år. Mängden talterapi och tidpunkten för talterapi bör bedömas också i förhållande till andra terapier som barnet får. Dessutom ska man utreda familjens resurser och hur barnet orkar också individuellt och på familjenivå. Familjerna kan också ha nytta av många andra former av stöd vid sidan om talterapi och andra terapier. Andra stödformer kan vara till exempel stöd för spädbarnsfamiljer eller familjearbete i hemmet. I fråga om varje klient bör man fundera på

vad som bäst skulle stötta det här barnet och barnets närstående just nu. Exempel på tillämpning av mallen på olika klienter finns i bilaga 1.

Förutom ovannämnda poängtal ska habiliteringsklientens förutsättningar för individuellt arbete och utveckling av färdigheter granskas. Med detta avses i detta sammanhang barnets eller den ungas förmåga att samarbeta med talterapeuten eller utvecklas gällande grundläggande samspejsfärdigheter. Förutsättningar för individuellt arbete kan vara nedsatta till exempel på grund av en svår utvecklingsstörning. Om barnets eller den ungas förutsättningar för direkt terapi är svaga eller låga, men poängtalet enligt tabellen är högt, rekommenderas omfattande handledning av omgivningen förutom eventuellt arbete med barnet/den unga och föräldrarna. Omfattande handledning kan innebära till exempel 20–30 besök per år (jfr Roberts m.fl., 2019; Roberts & Kaiser, 2012) och det ska kunna genomföras även utan barnets eller den ungas närvaro i handledningssituationen. En systematisk översikt och metaanalys av de strategier som föräldrama använder för att stötta språkutvecklingen rapporterar att handledning gavs i genomsnitt 30 timmar under 23 veckor när klienterna var barn med autismspektrumtillstånd, utvecklingsrelaterad språkstörning eller risk för språkliga svårigheter (Roberts & Kaiser, 2019). Om förutsättningarna för direkt arbete är måttliga eller goda, rekommenderas förutom handledning även individuell talterapi eller talterapi i gruppform för barnet. Om det inte finns grunder för individuellt arbete beräknas inte poängen för svårighetsgraden. Ett sådant exempel är klienten 6 i bilaga 1.

Utifrån individuellt behov eller andra faktorer som är väsentliga med tanke på habiliteringen kan man också överväga ett större eller mindre antal besök än det som fås från tabellerna 5 och 6.

Följande faktorer kan tala för en minskning av antalet besök eller en mindre mängd talterapi inom det intervall som anges i mallen:

- Förväntad nytta är låg.
- Låg nytta av habilitering som getts hittills, även om habiliteringsplanen har varit ändamålsenlig och genomförs enligt planen.
- Den funktionsnedsättning som störningen orsakar kan lindras genom en relativt liten mängd talterapi (t.ex. ibland stamning eller artikulationsfel).
- Klienten har också andrastörningar än logopediska och således andra former av habilitering samtidigt.
- Talterapeutisk habilitering är inte en prioritet för familjen/barnet vid den aktuella tidpunkten när det gäller situationen och resurserna. Till exempel om familjen vid den aktuella tidpunkten inte kan ta emot handledning, beviljas klienten 35 besök, även om man annars skulle ha beviljat familjen 40 besök (inklusive handledning).
- Vid habilitering av språk har klienten haft en kort exponeringstid för terapiprövet.
- Andra faktorer som baseras på individuell behovsprövning.

Följande faktorer kan tala för en ökning av antalet besök eller en större mängd talterapi inom det intervall som anges i mallen. Barnet/den unga har:

- svårigheter och således habiliteringsmål inom flera olika delområden.
- en sensitiv utvecklingsperiod

- plötslig nedsättning i funktionsförmågan förknippad med ett logopediskt delområde.
- sekundära problem (t.ex. beteendeproblem, affektiva symtom) till följd av primära svårigheter med språket, läs- och skrivfärdigheter, kommunikation, interaktion, tal, ätande eller sväljning. Till exempel långvariga språkliga svårigheter kan orsaka sekundära problem bland annat i mänskliga relationer, inlärning, mental hälsa, självförmåga, studier, självständighet och sysselsättning.
- riskfaktorer i sin omgivning.
- flera än två näromgivningar med människor som ska handledas under rehabiliteringen.
- en situation under rehabiliteringen som kräver omfattande samarbete mellan talterapeuten och olika intressenter.
- en betydande försening av inledande av talterapi.
- större problem i motoriken som helhet eller sensorisk reglering i anknytning till logopedisk störning.
- Andra faktorer som baseras på individuell behovsprövning.

Varaktigheten av enskilda talterapibesök varierar. Ett talterapibesök kan vara till exempel 30, 45, 60, 90 eller 120 minuter. Korta besök är på sin plats till exempel vid exponeringsfasen i behandlingen av mutism, då besök behövs flera gånger i veckan. Faktorer som talar för 60 minuters besök kan bland annat vara följande:

- Barnet/den unga eller nära anhörig använder alternativa och kompletterande kommunikationsmetoder
- Besöken innehåller omfattande handledning av omgivningen.
- En tolk behövs på talterapibesöken (längre besökstid då tolken är närvarande).
- Barnets aktiviteter är långsamma och barnet behöver mer tid än vanligt för aktiviteterna.
- Barnet behöver stöd för exekutiva funktioner eller motivation. 60 minuters besök kan bättre indelas i perioder med mikropaus som är en mycket viktig stödmotod för uppmärksamhet för många.
- Barnet behöver tid för sensomotorisk reglering och förberedas för aktiviteter
- Barnet har flera mål som ska bearbetas samtidigt i talterapi (t.ex. ätande och interaktion).
- Terapin genomförs helt i vardagliga situationer.
- Andra faktorer som baseras på individuell behovsprövning.

4.2 Alternativ till fastställande av mängden talterapi

Mallen för genomförande av rehabilitering som baseras på antalet talterapibesök och varaktigheten av terapibesöket (t.ex. 40x 45 minuter/år) är rigid och tillgodoser inte alltid klientens behov på bästa möjliga sätt. I framtiden bör man överväga möjligheten att bevilja ett visst antal timmar rehabilitering per år, och att talterapeuten och klienten tillsammans med sin familj skulle besluta hur de fördelas. Då skulle det vara möjligt att använda tiden flexibelt med hänsyn till barnets och näromgivningens behov av stöd. Till exempel vid behandling av selektiv mutism är även korta besök (15–30 minuter) motiverade och dessa kan behövas flera gånger i veckan. Dessutom skulle det vara optimalt att enligt situation och behov använda besöken för att arbeta med barnet och för handledning och för en kombination av dessa under rehabiliteringsperioden. Alla former av talterapi och genomförandesätt ska vara möjliga beroende på behovet. Strukturella faktorer får inte utgöra ett hinder för att individens eller individens omgivnings bästa intresse förverkligas.

5. Individuell talterapi, handledande talterapi och talterapi i grupp

Tal terapeutisk habilitering kan genomföras individuellt genom att arbeta med barnet, genom att handleda näromgivningen eller som vanligt genom att kombinera dessa. Tal terapeutisk habilitering kan ske i grupp, parvis eller på tumanhand med terapeuten. Tal terapeutisk habilitering kan genomföras i vardagsmiljö, på tal terapeutens mottagning, via distansförbindelse eller näthabilitering eller som en kombination av dessa. Tal terapeutisk habilitering kan också genomföras genom att dela upp perioden mellan två tal terapeuter. Detta kan göras om barnet har två mycket olika störnings- eller problemområden och det inte finns en expert som skulle kunna habilitera båda: till exempel omfattande språkliga utmaningar och stora problem med utveckling av ätfärdigheter. Arbetsfördelning är också ofta vettig på grund av tillgängliga resurser (jfr. arbetsfördelning inom ergoterapi mellan SI-terapeuter och ergoterapeuter med grundläggande utbildning). Mottagare för talterapi kan i stället för individen och individens familj också vara en omgivning. Förverkligandet av terapin ska baseras på konstaterat habiliteringsbehov och de mål som ställts för habiliteringen med beaktande av föräldrarnas önskemål och barnets färdigheter.

Talterapi kan genomföras på många olika sätt.

Individuell talterapi är en vanlig habiliteringsform i Finland. Vid individuell talterapi arbetar tal terapeuterna med barnet. Det finns gott om evidens för effekten av individuell talterapi (se t.ex. Ebbels m.fl., 2017, Law m.fl., 2004). Vid individuell talterapi kan vissa färdigheter övas direkt. Den individuella talterapien kombineras med handledning av föräldrar och andra närstående. Studier visar att en kombination av handledning av föräldrar och individuell tal terapeutisk habilitering bäst stöder barnets utveckling (Eberhart m.fl., 2011). En beaktansvärd mall för kombination av individuellt och handledande arbetssätt är till exempel mallen 3:1 som används i USA. Denna mall inkluderar tre veckor individuell terapi och den fjärde veckan består av handledning och arbete i närmiljön (Garfinkel, 2018).

Talterapi kan också genomföras i grupp eller barnets vardagsmiljö. Med hjälp av habilitering i grupp kan man öva till exempel språkbruk och därmed stötta delaktigheten på ett sätt som inte är möjligt i individuell terapi. Övning i vardagliga situationer, den språkliga modellen som andra barn erbjuder och kollegialt lärande är ofta betydande med tanke på habiliteringens effekt. Klienterna skulle ofta ha nytta av habilitering i grupp efter en period med individuell habilitering. På så sätt kunde klienten öva på förvärvade färdigheter i en kamratgrupp. Samtidigt är det möjligt att öva på sociala färdigheter, som är en svaghet hos många klienter (Mok m.fl., 2014).

Det finns stark forskningsevidens gällande effekten av handledande talterapi till exempel vid habilitering av utvecklingsrelaterad språkstörning (se t.ex. Roberts & Kaiser, 2011; Roberts m.fl., 2019). Vid handledande talterapi handleder tal terapeuterna klientens närstående i genomförandet av habiliteringen. Handledning av föräldrar till små barn verkar förebygga uppkomsten av utvecklingsrelaterad språkstörning (van Balkom m.fl., 2010). Färdigheterna hos de barn vars föräldrar fått handledning i kommunikationsstrategier uppvisar mer sällan kännetecknen för försenad språkutveckling jämfört med kontrollgruppen (Roberts & Kaiser, 2015). För små barn är effekten av handledande talterapi också mer bestående än direkt talterapi (Eberhart m.fl., 2011).

Intensiteten av habiliteringen och den totala mängden habiliterande verksamhet ökar när föräldrarna och andra vuxna i näromgivningen får handledning i användning av habiliterande strategier i vardagen. Man bör satsa på handledningen av föräldrar särskilt när det gäller små barn. Handledningen av föräldrar kan genomföras på många sätt: de kan till exempel handledas i grupp, som förälder-barn-par eller på tumanhand med föräldern. Det är viktigt att handledningen genomförs på olika sätt enligt situation och behov. När det gäller besöksmängderna ska behovet av multiprofessionellt samarbete mellan andra experter som arbetar med barnet beaktas (t.ex. nätverksförhandlingar med aktörer inom småbarnspedagogiken, i skolan eller hälso- och sjukvården eller annat samarbete t.ex. med fysio- eller ergoterapeut eller kommunikationshandledare).

Det är viktigt att talterapeuten även har möjlighet att handleda näromgivningen utan barnets närvaro. I samtal mellan talterapeuten och föräldrarna kan ibland samtalsämnen uppkomma som inte ligger i barnets intresse att höra. Barnet eller den unga kan på grund av sina språkliga svårigheter missförstå det som han eller hon hört eller så kan diskussion om känsliga samtalsämnen inverka negativt på barnets eller den ungas uppfattning om sitt eget agerande och lärande. Om barnet är närvarande och behöver föräldrarnas ständiga övervakning kan föräldern också ha svårt att koncentrera sig på handledningssituationen. Handledning av till exempel daghemmets personal kan också vara mycket viktigt med tanke på terapin, men de kan ha svårt att sätta sig in i ett enskilt barns saker och diskutera dessa då en barngrupp är närvarande. I praktiken skulle det därför vara lättast för dem att tillägna sig information och förmedla information till exempel när barnen sover, dvs. när klienten inte är närvarande. Föräldrarnas deltagande i talterapi besöken gör det möjligt att maximera stödet hemma, eftersom stödet fortsätter efter periodens slut. Handledningen av närstående är också nödvändigt för att de ska kunna stötta barnet i att utvidga sina färdigheter också till vardagliga situationer. Föräldrarnas och de närståendes möjligheter till handledning i grupp utan barnets närvarande bör utvecklas vidare.

Handledande talterapi är viktigt både i början av terapin och under den individuella terapin. Handledande talterapi kan också behövas om individuell terapi inte längre går framåt, men omgivningen ännu behöver stöd. De positiva resultaten som uppnåtts i terapin kan försvinna, om de inte följs upp och upprätthålls (Eberhart m.fl., 2011), vilket också talar för handledning efter avslutad terapi. Behovet och nyttan av handledning vid avslutad habilitering samt senare i livet framhävs till exempel i vården av personer med utvecklingsstörning.

Med hjälp av omgivningsbaserad talterapi kan talterapeuten ha en positiv inverkan på barnets färdigheter i en viss omgivning utan att direkt arbeta med ett enskilt barn. Omgivningsbaserad talterapi inriktas bland annat på handledning av föräldrar och professionella eller till exempel planering av tillgänglig kommunikationsomgivning.

6. Resursernas inverkan på tillämpning av rekommendationen

Talterapiresurserna varierar per region i Finland. Att genomföra habiliteringsmängder enligt rekommendationen kan vara utmanande på områden med en mycket stor brist på talterapeuter. Trots detta ska det verkliga habiliteringsbehovet antecknas i habiliteringsplanen, även om talterapeutisk habilitering inte (ännu) kan genomföras i enlighet med behovet. Om besöksmängder enligt rekommendationen inte är möjliga ska man dock alltid säkerställa att barnet och barnets

omgivning kan stödjas med den planerade mängden. För lite habilitering har ingen effekt. På områden med resursbrist ska man ha en plan för hur resurssituationen ska rättas till. Fungerande talterapeutjänster på grundnivå är centrala för ordnandet av tjänsterna.

Talterapi omfattas av vårdgarantin. Gällande vård inom primärvården konstateras: ”En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras första gången patienten tog kontakt. Vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes.” (Hälso- och sjukvårdslag, 2010/1326 § 51). Oberoende av resurssituationen på området ska alla som behöver få den vård de behöver och inom skälig tid. Resursbristen kan därför inte vara bestående enligt kravet i lagen.

Det har rått brist på talterapeuter i Finland i årtal. Situationen kommer dock att förändras eftersom antalet utbildningsplatser för logopedi har ökats enligt undervisnings- och kulturministeriets beslut från 2020, delvis tillfälligt, delvis permanent, i alla fem utbildningsprogram. Vid Östra Finlands universitet har dessutom inletts ett nytt utbildningsprogram i logopedi hösten 2021. Antalet utexaminerade talterapeuter ökar stadigt och senast år 2026 kommer bristen på talterapeuter att lätta betydligt. Åtgärder för att avhjälpa resursbristen ska börja planeras omedelbart. Det är viktigt att resursbristen inte leder till att behovet av habilitering och stöd hos klienterna och deras familjer döljs.

7. Till sist

Vi konstaterar att rekommendationen och mallen som presenteras i rekommendationen inte är perfekta eller lämpar sig för alla situationer eller alla klienter. Vi hoppas dock att de ökar diskussionen om principerna för hur behovet av talterapeutisk habilitering och habiliteringsmängden ska fastställas. Målet är också att rekommendationen ska underlätta vidfastställandet av behovet av talterapeutisk habilitering och habiliteringsmängden vid individuell behovsprövning och fungera som ett steg mot att skapa allt bättre mallar och en mer enhetlig praxis.

Bilaga 1: Exempel på tillämpning av mallen

Exemplen nedan har skapats utifrån klinisk erfarenhet. I bakgrunden till varje exempel har man utgått från en eller flera riktiga klienter och den mängd habilitering som beviljats för dem. Detaljerna har ändrats och exemplen eller beskrivningarna motsvarar inte längre de riktiga personerna.

Poängen för exemplen har beräknats på följande sätt: varje medlem i arbetsgruppen har först självständigt gett poäng för varje exempel. Vi har tillsammans diskuterat poängen och grunderna för poängsättningen och var och en har haft möjlighet att ändra sina poäng efter att ha hört andras argument. Till slut har vi beräknat medeltalet av poängen. Vi påminner fortfarande att mängden terapi alltid ska fastställas med hänsyn till barnets individuella situation.

1. Omfattande utvecklingsförsening

F83 Blandade specifika utvecklingsstörningar

J är ett 3 år och 3 månader gammalt barn med ett annat modersmål än finska. J har varit i finskspråkig småbarnspedagogik sedan 2 års ålder. Hörsel och syn är normala. Barnet behöver bilder och stödtecken som stöd för att uttrycka sig och förstå tal. J uttrycker sig på finska med enskilda stavelser och naturliga gester. J förstår situationsbundna korta verbala instruktioner och uppmaningar. Föräldrarna bedömer att J:s färdigheter i modersmålet är mycket likadana som kunskaperna i finska, inget klart starkare språk. Vid diskussion med föräldrarna behövs alltid en tolk.

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT:					15

Poäng	Rekommendation
6-7 p.	Talterapi rekommenderas 1-5x/år
8-10 p.	Talterapi rekommenderas 5-15x/år
11-13 p.	Talterapi rekommenderas 15-30x/år
14-17 p.	Talterapi rekommenderas 30-50x/år
18-24 p.	Talterapi rekommenderas 50-80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET: MEDELSTOR

J strävar efter att i sin vardag uttrycka sig och interagera, men blir ofta inte förstådd på grund av sin bristfälliga uttrycksförmåga. J behöver omgivningens stöd AKK-metoder, systematisk övning av nya färdigheter och repetitioner som stöd för inläring) för att kunna uttrycka sig och delta i verksamheten samt som stöd för

språklig förståelse. Störningens inverkan på delaktighet bedöms för närvarande vara medelstor, eftersom barnet har en försening i helhetsutvecklingen och är bara tre år.

BEHOVET AV HANDLEDNING AV OMGIVNINGEN: STOR

I J:s närmaste omgivning (daghemmet och skolan) används enbart ett fåtal strategier som stöder och ersätter talet. Familjen behöver också handledning i hur de kan stötta utvecklingen av modersmålet vid sidan om finskan.

SVÅRIGHETSGRAD AV LOGOPEDISK STÖRNING: MEDELSTOR

J har goda interaktionsfärdigheter, men bristen på sätt att uttrycka sig begränsar J i alla vardagliga situationer.

J kan inte uttrycka sig själv begripligt eller förstå talat språk utan AKK-metoder.

FÖRVÄNTAD NYTTA: STOR

J interagerar bra och har förutsättningar för att tillägna sig stödtecken och användning av bilder som stöd för att uttrycka sig. I och med att näromgivningen och J tillägnar sig AKK-metoder ökar J:s möjligheter att delta och bli förstådd. Dessutom skulle den kommande perioden vara J:s första talterapiperiod.

Sammanlagt 15 poäng

REKOMMENDATION: Med tanke på förseningen i den totala utvecklingen och den korta exponeringstiden för det finska språket, rekommenderas J talterapi 40 x 60 minuter med betoning på vardagsmiljön och handledning av näromgivningen. Rekommenderad besökstid är 60 minuter, eftersom en tolk behövs vid talterapibesöken och eftersom AKK-metoder används vid terapituationen.

2. Utvecklingsrelaterad språkstörning och störning i talmotoriken

F80.2 Impressiv språkstörning

F80.1 Expressiv språkstörning

F90.0 Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning

A är en 12-åring vars språkliga problem avsevärt försvårar det dagliga livet. ADHD-medicineringen har påbörjats för mindre än ett år sedan, och medicinen har haft en betydande positiv inverkan på vardagen. A har fått flera talterapiperioder och terapiförhållandet har pågått länge. Problemen med språkförståelsen syns som svårigheter att lära sig begrepp och som missförstånd, men i huvudsak kan A redan handla enligt verbala instruktioner. Det största problemet är den expressiva förmågan. Talet är mycket otydligt på grund av avsaknad av ljud och förvrängda ord och dessutom försvagar A:s pratsamhet förståeligheten. Den expressiva förmågan påverkas också av bristen på aktivt ordförråd och problem med grammatiken. Möjligheterna att bli förstådd bland jämnåriga är mycket bristfälliga och situationerna leder lätt till missförstånd och frustration hos alla parter. A har betydande svårigheter i skolan och trots försök har A inte kunnat delta i önskad hobby. A har haft psykiska symtom, så det finns en stor risk att symtomen återkommer i framtiden och de kan visa sig t.ex. som affektiva symtom, om A inte får tillräckligt med stöd.

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDLEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT:					<u>15</u>

Poäng	Rekommendation
6–7 p.	Talterapi rekommenderas 1–5x/år
8–10 p.	Talterapi rekommenderas 5–15x/år
11–13 p.	Talterapi rekommenderas 15–30x/år
14–17 p.	Talterapi rekommenderas 30–50x/år
18–24 p.	Talterapi rekommenderas 50–80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET: STOR

Språkliga problem påverkar de sociala relationerna, studierna och hobbyerna och orsakar också betydande sekundära symtom, såsom psykiska symtom.

BEHOVET AV HANDLEDNING AV OMGIVNINGEN: MEDELSTOR

Hemmet behöver inte mycket handledning, men lyckad kommunikation med den nya läraren är viktigt.

SVÅRIGHETSGRAD AV LOGOPEDISK STÖRNING: STOR

En ung person som närmar sig tonåren och talar otydligt sticker ut bland sina jämnåriga kompisar och får ofta höra om sitt tal. Förmåga att kunna uttrycka sig spelar en viktig roll också i många andra saker i den ungas framtid: skolan, arbetspraktik, fortsatta studier och arbetslivet.

FÖRVÄNTAD NYTTA: MEDELSTOR

Störningen försvinner inte genom habilitering, men den unga kan lära sig metoder för att göra det lättare att budskapet når fram. Syftet med handledning av omgivningen är att säkerställa att omgivningen lär sig att lita på att kommunikationen lyckas. A:s icke-verbala färdigheter och motivation att lära sig är bra. Förmågan att jobba i terapituationen lyckas bättre än tidigare på grund av medicineringen och minskad belastning.

Sammanlagt 15 poäng

REKOMMENDATION: A rekommenderas habilitering 40 x 45 minuter inklusive handledning av den närmaste omgivningen. Sekundära problem som beror på de språkliga svårigheterna (svårigheterna i relationerna med kompisarna och de psykiska symtomen) är en faktor som ökar mängden talterapi.

3. Utmaningar på flera olika utvecklingsområden

- F88 Andra specificerade störningar av psykisk utveckling
- F90.9 Hyperaktivitetsstörning, ospecificerad
- F80.9 Störning av tal- och språkutvecklingen, ospecificerad

M är ett 5-årigt barn med svårigheter i social interaktion, kommunikation och språkliga färdigheter. Hörsel och syn är normala. M:s samspel varierar, främst beroende på sitt eget intresse i ömsesidig interaktion, och M:s samarbetsfärdigheter är svaga. Barnet uttrycker sig med tal på meningsnivå, men expressiva förmågan beträffande längre och språkligt mer komplicerade satser är under åldersförväntningarna. Barnet har också svårt att använda språket ändamålsenligt i olika sociala situationer. På fonologisk nivå är talet lite oklart och ibland svårt att förstå. Barnet förstår vardagsspråk, men språkförståelsen är betydligt under åldersförväntningarna och barnet behöver bildmaterial som stöd för språkförståelse. Barnet har också diagnostiserats med svårigheter i beteende- och känsloreglering samt impulsivitet. Förutom talterapi får barnet ergoterapi och familjen får handledning av en sjukskötare från specialsjukvårdsenheten som ansvarar för behandlingen för att underlätta problemen i vardagen.

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDLEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT:					<u>15</u>

Poäng	Rekommendation
6-7 p.	Talterapi rekommenderas 1-5x/år
8-10 p.	Talterapi rekommenderas 5-15x/år
11-13 p.	Talterapi rekommenderas 15-30x/år
14-17 p.	Talterapi rekommenderas 30-50x/år
18-24 p.	Talterapi rekommenderas 50-80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET: MEDELSTOR

Hemma uppstår missförstånd på grund av barnets svårigheter i att förstå språk och uttrycka sig, vilket orsakar utmanande beteende hos barnet. Även utmaningarna i social interaktion minskar barnets möjligheter att delta. För närvarande inverkar barnets andra utvecklingsrelaterade svårigheter mer på delaktigheten än de logopediska svårigheterna.

BEHOVET AV HANDLEDNING AV OMGIVNINGEN: MEDELSTOR

Behovet av logopedisk handledning är medelstor, eftersom föräldrarna också får handledning från den habiliterande ergoterapeuten och den vårdansvariga instansen. Även handledningen av personalen inom småbarnspedagogiken fördelas mellan dessa aktörer.

SVÅRIGHETSGRAD AV LOGOPEDISK STÖRNING: STOR

Barnet har omfattande problem i interaktion, kommunikation och språkliga färdigheter.

FÖRVÄNTAD NYTTA: STOR

Barnet har inte tidigare fått talterapeutisk habilitering, men utifrån symtombilden kan man anta att barnet har nytta av habiliteringen.

Sammanlagt 15 poäng

REKOMMENDATION: För barnet och barnets närmaste omgivning rekommenderas 40 gånger talterapi för ett år. Den rekommenderade tiden för terapibesök är 45 minuter och för möjliga sambesök och gruppbesök 60 minuter.

4. Stamning

F98.5 Stamning

K är ett 8-årigt barn. K har stammat sedan tre års ålder. Sedan skolan började har stamningen förvärrats kraftigt. Det förekommer 8-10 upprepningar i flera av orden i varje mening. Barnet berättar själv att det är svårt att tala i skolan, läraren upplever att barnet undviker att svara på frågor, även om barnet skulle veta svaret. Föräldrarna är oroliga och märker att barnet lider av svårigheterna och undviker att tala med främmande människor. Barnet har aldrig fått talterapi. Barnet och familjen är nu motiverade till talterapi.

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDLEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT:					<u>15</u>

Poäng	Rekommendation
6-7 p.	Talterapi rekommenderas 1-5x/år
8-10 p.	Talterapi rekommenderas 5-15x/år
11-13 p.	Talterapi rekommenderas 15-30x/år
14-17 p.	Talterapi rekommenderas 30-50x/år
18-24 p.	Talterapi rekommenderas 50-80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET: MEDELSTOR

Tidigare har K inte själv brytt sig om sin stamning, men nu på grund av stamningen vill K ofta inte prata så mycket som tidigare. Hemma stör inte stamningen på samma sätt, men på fritiden undviker barnet att tala med främmande människor, vilket begränsar deltagandet.

BEHOVET AV HANDLEDNING AV OMGIVNINGEN: STOR

Familjen eller lärarna har inte tidigare fått handledning, föräldrarna är oroliga. De närstående behöver information och förståelse i frågan samt metoder för acceptans. De behöver stöd för att kunna stötta barnets process för acceptans, mod att tala och självförtroende. Dessutom ska man ge information om taltekniker och övningar. Förutom föräldrarna behöver även personal i skolan och i hobbyverksamheter få information

SVÅRIGHETSGRAD AV LOGOPEDISK STÖRNING: MEDELSTOR

Stamningen är måttlig och barnets negativa inställning till den påverkar deltagandet och livskvaliteten.

FÖRVÄNTAD NYTTA: STOR

Detta är K:s första talterapiperiod. Det är viktigt att K lär sig sätt för att underlätta talsituationerna. Man kan förvänta sig att K har nytta av talterapi såväl när det gäller känslomässiga faktorer och som att lära sig metoder som ökar talets flyt. Målet med talterapi är förutom att minska stamningen även att öka talets flyt i situationer där barnet anser att det är viktigt, ge en positivare inställning till stamning, öka frimodigheten att tala och öka Ks självförtroende. Det är viktigt att familjen och läraren lär sig att stötta talets flyt och att stamningen beaktas i talsituationerna i skolan.

Sammanlagt 15 poäng

REKOMMENDATION: För K rekommenderas talterapi för de kommande sex månaderna periodvis 20 x 45 minuter som inkluderar handledning av föräldrarna. Behandlingen av stamning kan vara effektiv även på relativt kort tid, och därför rekommenderas terapi för sex månader. Efter detta utvärderas situationen på nytt och fortsatt terapi rekommenderas enligt detta.

5. Selektiv mutism

F94.0 Selektiv mutism

G är ett 9-årigt barn som fått talterapi i 2,5 år för att behandla selektiv mutism samt för att korrigera enskilda ljudfel. Den övriga funktionsförmågan är typisk. I början av den talterapeutiska rehabiliteringen tala de barnet bara hemma till sina familjemedlemmar. Under förskoleåret har G inte ens använt ljud inte ens skrattat högt. Talterapi har varit till stor nytta. Den selektiva mutismen har lindrats genom kontrollerad exponering i intensivt samarbete med skolan och hemmet. I terapin har tagits med nya barn/vuxna vilka barnets har uppmuntrats att tala med. Barnet talar för närvarande i små grupper (inte inför hela klassen), med klassens skolgångsbiträde på tumanhand samt svarar läraren kort i klassen. G talar med läraren avslappnat på tumanhand. Den närmaste omgivningen har nu mycket information om hur selektiv mutism kan lindras ytterligare. Skolans resurser är dock inte alltid tillräckliga för att skapa mindre grupper. Av ljuden kräver enbart /s/-ljudet träning. Det lyckas i övningar och håller på att etableras i talet, för övrigt är talet tydligt.

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDLEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT:					<u>14</u>

Poäng	Rekommendation
6-7 p.	Talterapi rekommenderas 1-5x/år
8-10 p.	Talterapi rekommenderas 5-15x/år
11-13 p.	Talterapi rekommenderas 15-30x/år
14-17 p.	Talterapi rekommenderas 30-50x/år
18-24 p.	Talterapi rekommenderas 50-80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET: MEDELSTOR

Mutism har ännu en klar inverkan på barnets vardag och fullständigt deltagande utan stress är ännu en utmaning. Barnet är hela tiden nervös över vem som hör talet.

BEHOVET AV HANDLEDNING AV OMGIVNINGEN: MEDELSTOR

Skolan och hemmet har redan fått mycket handledning. Vid selektiv mutism är det dock viktigt att följande steg för att underlätta talet är skraddarsydda för klienten. I värsta fall kan selektiv mutism förvärras på grund av fel slags stöd eller på grund av alltför högt satta målsättningar. Omgivningen behöver alltså ännu handledning.

SVÅRIGHETSGRAD AV LOGOPEDISK STÖRNING: MEDELSTOR

Situationen har förbättrats avsevärt, men mutismen påverkar ännu den dagliga skolvardagen. Den selektiva mutismen påverkar inte fritiden så mycket och G har vågat tala i nya situationer.

FÖRVÄNTAD NYTTA: STOR

Framsteg har skett långsamt men kontinuerligt. Det har gett barnet ökat självförtroende att tala med nya människor. Det är sannolikt att barnets tal kan utvidgas till andra lärare och barn av annat kön i klassen.

Sammanlagt 14 poäng

REKOMMENDATION: För klienten och klientens näromgivning rekommenderas 25 gånger talterapi 25 x 45 minuter för ett år. Förutom terapi rekommenderas föräldrarna och näromgivningen handledning 5 x 60 minuter. Handledningen ska genomföras utan barnet, så att följande steg kan diskuteras så att barnet inte hör. På det sätt minskar man trycket på barnet och säkerställer att framsteg sker.

6. Svår utvecklingsstörning

F73 Grav psykisk utvecklingsstörning

C är en 15-åring med en kromosomavvikelse och en grav utvecklingsstörning som följd av detta. C är berättigad till FPA:s habiliteringstjänster. Med bekanta människor i en bekant miljö är C:s funktionsförmåga bra och C kan uttrycka sina vardagliga behov och önskemål när människorna i näromgivningen kan tolka C:s beteende och kommunikation. Problemen börjar då de närstående på boendeenheten byts. Då blir C frustrerad och aggressiv. Detta beteende uppstår särskilt i övergångssituationer. På grund av det utmanande beteendet har C bytt boendeenhet ofta. C uttrycker sig själv med miner, gester, toner och ljud, föremål, bildmapp, handlingar, bilder och tecken. Dessutom har C förstaordsliknande ord som välbekanta människor kan tolka. C förstår språk som en treåring. C kan handledas med korta meningar och bilder. C har fått individuell talterapi betalad av FPA från 3 års ålder till 6 års ålder. C har en bildkommunikationsmapp som används flitigt av kunniga samtalspartners. Boendeenheten har fått undervisning i stödtecken genom hemkommunens handikapptjänster två gånger. C har fått handledande talterapi senaste gången när C började skolan. Nu har C flyttat till en permanent, långvarig boendeenhet. Utmanande beteende förknippat med kommunikationsproblem förekommer dagligen.

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDLEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT:					<u>11</u>

Poäng	Rekommendation
6-7 p.	Talterapi rekommenderas 1-5x/år
8-10 p.	Talterapi rekommenderas 5-15x/år
11-13 p.	Talterapi rekommenderas 15-30x/år
14-17 p.	Talterapi rekommenderas 30-50x/år
18-24 p.	Talterapi rekommenderas 50-80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET: MEDELSTOR

Kommunikationssvårigheterna orsakar utmanande beteende varje dag. När C har fått sina behov uttryckta och känner sig trygg, är C glad och sympatisk.

BEHOVET AV HANDLEDNING AV OMGIVNINGEN: STOR

Initiativet till talterapi har kommit från personalen vid boendeenheten. De upplever att de behöver hjälp.

SVÅRIGHETSGRAD AV LOGOPEDISK STÖRNING: (STOR)

Problemen med kommunikation är stora och försvårar de dagliga aktiviteterna avsevärt och orsakar sekundära problem. Poängantalet för svårighetsgraden räknas dock inte i detta fall, eftersom man inte arbetar med klienten individuellt och i dessa fall räknas inte poängen för svårighetsgraden med i fastställandet av mängden.

FÖRVÄNTAD NYTTA: MEDELSTOR

Boendeenhetens personals förmåga att anpassa sin egen verksamhet och ta hänsyn till C:s kommunikation och behov kommer med största sannolikhet att stärkas, vilket gör att vardagen blir smidigare.

Sammanlagt 11 poäng

REKOMMENDATION: Handledande talterapi rekommenderas för vardagliga situationer 20 x 60 minuter för ett år. Det finns inga grunder för individuell terapi eller större mängd besök, eftersom färdigheterna inte kommer att öka och boendeenheten redan har grundläggande information om olika kommunikationsmetoder. Mål för talterapiperioden blir att ge handledning om C:s kommunikationsmetoder till den närmaste omgivningen.

7. Talmotoriska svårigheter, ätsvårigheter samt behov av alternativa och kompletterande kommunikationsmetoder

S är ett 2 år gammalt barn i en tvåspråkig familj. S kommer tillsammans med sina föräldrar till en första talterapeutbedömning via barnrådgivningen. Föräldrarna är mycket bekymrade över barnets allmänna utveckling. Hörseln har undersökts och konstaterats vara normal. Föräldrarna har önskat att de skulle få hjälp och handledning som stöd för S:s ätande och talproduktion. Vikten har utvecklats väl, men S har sensoriska utmaningar med ätandet, vilka kommer fram i de vardagliga måltidssituationerna. Barnet är bl.a. mycket noga med matens konsistens, smak och temperatur. Detta påverkar planeringen av vardagliga situationer. S sociala interaktion och talförståelse i vardagen fungerar bra, men S:s egen kommunikation är atypiskt begränsad. Barnet använder en del gester, men producerar inga stavelser eller ord. Enligt föräldrarna är S ibland frustrerad över att inte kunna uttrycka sina behov. Enligt talterapeutens bedömning är barnets sociala kommunikation och talförståelse i överensstämmelse med åldersförväntningarna, men det egna uttrycket är obefintligt. Den icke-verbala motoriken i munområdet är huvudsakligen fungerande. Redan under det första talterapibesöket börjar S imitera talterapeutens ljud och naturliga gester. S visar också intresse för bildkommunikationsmappen. S hänvisas till fortsatta undersökningar efter den första talterapiperioden på grund av avvikelser i helhetsutvecklingen och behovet av fortsatt talterapi bedöms på nytt.

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDLEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT:					15

Poäng	Rekommendation
6–7 p.	Talterapi rekommenderas 1–5x/år
8–10 p.	Talterapi rekommenderas 5–15x/år
11–13 p.	Talterapi rekommenderas 15–30x/år
14–17 p.	Talterapi rekommenderas 30–50x/år
18–24 p.	Talterapi rekommenderas 50–80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET: MEDELSTOR

Barnets sociala interaktion och talförståelse är fungerande i vardagen, men svårigheterna med att äta och uttrycka sig påverkar vardagen och deltagandet (t.ex. dagliga måltidssituationer, kommunikationssituationer hemma, att uttrycka egna behov).

BEHOVET AV HANDLEDNING AV OMGIVNINGEN: STOR

Föräldrarna har ännu inte fått handledning i kommunikationsfrågor och är mycket motiverade. Användning av gester/tecken och/eller bilder som stöd för uttrycksförmågan rekommenderas. Ytterligare handledning i ätsvårigheter behövs. Barnet är redan ibland frustrerat över situationen och talterapi behövs också för att förebygga sekundära problem.

SVÅRIGHETSGRAD AV LOGOPEDISK STÖRNING: MEDELSTOR

Störningens svårighetsgrad är i detta skede medelstor. Barnet har starka delområden i utvecklingen, men det finns drag i talproduktionen och ätandet som stödjer talterapi redan i denna ålder.

FÖRVÄNTAD NYTTA: STOR

Enligt bedömningen har både föräldrarna och barnet nytta av handledande talterapi.

Sammanlagt 15 poäng

REKOMMENDATION: För klienten och klientens näromgivning rekommenderas talterapi för sex månader 20 x 60 minuter. För ett så här ungt barn rekommenderas bedömning med tätare mellanrum än med ett års mellanrum, och därför planeras perioden först för ett halvt år och därefter utvärderas situationen. Det rekommenderas att talterapiin påbörjas med en handledande period.

8. Autism i barndomen och utvecklingsstörning

F84.0 Autism i barndomen

F70.9 Psykisk utvecklingsstörning

A är ett 4 år och 6 månader gammalt barn som behöver stöd och handledning i alla vardagliga aktiviteter. Hörsel och syn är normala. A har beviljats särskilt stöd inom småbarnspedagogiken, och fått regelbunden talterapi sedan han var cirka 3 år (2 föregående perioder 40 x/år). Hemma talas tre språk. Barnets beteende har drag som är typiska för autismspektrumtillstånd. Barnet reagerar inte på sitt namn, ger inte saker på begäran och följer inte begäran, vilket tyder på att barnets språkförståelse är mycket begränsad. A uttrycker sig närmast helhetsmässigt, genom att agera, med ljud och genom att peka. A producerar enstaka ord och räknar upp siffror. A använder inte spontant bilder eller tecken, men har lärt sig att begära med hjälp av en meningsremsa i talterapi. Enligt Esikko-metoden fungerar de förspråkliga färdigheterna på 14–15 månaders nivå och den sociala kommunikationen var det svagaste delområdet (under 1 år). Leker inte. A blir nervös och frustrerad när saker inte förlöper som A önskar. Vid neuropsykologisk utvärdering ligger den visuella slutledningsförmågan på en nivå som är typisk för 2,5-åriga barn. A har utmaningar med ätandet: äter inte just något på dagis, och även hemma äter A endast vissa maträtter och behöver alltid matas.

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDLEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT:					<u>16</u>

Poäng	Rekommendation
6-7 p.	Talterapi rekommenderas 1-5x/år
8-10 p.	Talterapi rekommenderas 5-15x/år
11-13 p.	Talterapi rekommenderas 15-30x/år
14-17 p.	Talterapi rekommenderas 30-50x/år
18-24 p.	Talterapi rekommenderas 50-80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET: STOR

Barnet behöver stöd och handledning i alla vardagliga aktiviteter och kan inte självständigt delta i aktiviteter enligt sin bästa utvecklingsnivå (jfr den visuella slutledningsförmågan som konstaterats i den neuropsykologiska utvärderingen i förhållande till de språkliga färdigheterna).

BEHOVET AV HANDLEDNING AV OMGIVNINGEN: MEDELSTOR

När svårigheterna är så stora är handledningen till föräldrarna och de andra människorna i den närmaste omgivningen väsentlig. De har redan fått handledning i ungefär 2 år, så behovet av handledning är för närvarande medelstort.

SVÅRIGHETSGRAD AV LOGOPEDISK STÖRNING: TOTAL

Barnets funktionsförmåga är betydligt sämre än de jämnårigas.

FÖRVÄNTAD NYTTA: MEDELSTOR

Barnet har fått talterapeutisk habilitering i ungefär två år. Framstegen har varit knappa, och de inlärd färdigheterna har inte utvidgats från en situation och/eller miljö till en annan (jfr till exempel att be om saker med en bild i en talterapisituation). Om föräldrarna och de andra människorna i näromgivningen är beredda att förbinda sig till och delta i habiliteringen, kan barnet ha nytta av handledande talterapi som genomförs i gemenskap och människorna i näromgivningen ska förbinda sig till habiliteringen för att barnet ska ha nytta av den.

Sammanlagt 16 poäng

REKOMMENDATION: För klienten och klientens näromgivning rekommenderas talterapi 40 x 60 minuter för ett år. Som besökstid rekommenderas 60 minuter på grund av användning av AKK och behovet av omfattande handledning till näromgivningen.

9. Utvecklingsrelaterad språkstörning

F80.2 Impressiv språkstörning

Z är ett 6 år och 6 månader gammalt barn med ett annat modersmål än finska. Familjen har kommit till Finland när barnet var 2,5 år gammalt. Föräldrarna behöver en tolk i handledningssituationerna. Barnet har varit i finskspråkig småbarnspedagogik i 3,5 år. Barnet har just börjat förskolan på ett nytt daghem och nästa

höst börjar barnet skolan. Hörsel och syn är normala. Z har hänvisats till talterapi vid 4,5 års ålder, då talade Z enstaka ord på sitt modersmål och hade betydande svårigheter att förstå tal. Remitteringen till talterapi försenades bl.a. på grund av familjens flytt och inledning av intensiv talterapeutisk habilitering har försenats på grund av kösituationen för undersökningar både i primärvården och specialsjukvården. Barnet har fortfarande tydliga svårigheter att förstå språk. Barnet talar korta meningar både på sitt modersmål och på finska. Finskan har börjat bli starkare än det egna modersmålet. I talet finns lindriga fonologiska problem och problem med flytet. Särskilt i nya kommunikationsmiljöer drar barnet sig tillbaka och är försiktigt att tala. Under två år har talterapi genomförts i korta handledande perioder om endast 10 x/år.

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDLEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT:					<u>17</u>

Poäng	Rekommendation
6-7 p.	Talterapi rekommenderas 1-5x/år
8-10 p.	Talterapi rekommenderas 5-15x/år
11-13 p.	Talterapi rekommenderas 15-30x/år
14-17 p.	Talterapi rekommenderas 30-50x/år
18-24 p.	Talterapi rekommenderas 50-80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET: STOR

De språkliga utmaningarna gör det svårt att delta i förskoleundervisningen och minskar möjligheterna att skapa relationer med jämnåriga. Tillbakadragandet och försiktigheten att tala i interaktionssituationer tar sig uttryck som en del av den språkliga och talmotoriska svårigheten.

BEHOVET AV HANDLEDNING AV OMGIVNINGEN: MEDELSTOR

Föräldrarna har haft nytta av den handledning som de hittills fått, men behovet är fortfarande uppenbart. Dessutom behövs handledning i förskoleundervisningen, bl.a. för användning av alternativa och kompletterande kommunikationsmetoder.

SVÅRIGHETSGRAD AV LOGOPEDISK STÖRNING: STOR

I förhållande till utvecklingsnivå som är typisk för åldern har de språkliga färdigheterna utvecklats med betydande fördröjningar både när det gäller språkförståelse och expressiv förmåga. Dessutom har barnet svårigheter med talmotoriken.

FÖRVÄNTAD NYTTA: STOR

Inverkan av den ringa habilitering som barnet nu fått visar sig bl.a. som en förändring av föräldrarnas kommunikationssätt samt som utnyttjande av metoder som stödjer talet. Således kommer barnet sannolikt att ha nytta av en intensivare habilitering och handledning av omgivningen.

Sammanlagt 17 poäng

REKOMMENDATION: För barnet och barnets näromgivning rekommenderas talterapi 50x/år. Den rekommenderade tiden för terapibesök är 45 minuter och för handledande besök 60 minuter, eftersom en tolk behövs i handledningssituationerna.

10. Utvecklingsrelaterad språkstörning

F80.2 Impressiv språkstörning

B är ett 7-årigt barn som har börjat skolan i en särskild undervisningsgrupp i höstas. Hörsel och syn är normala. Talterapi via FPA för att stärka språkförståelsen och expressiv förmåga har pågått i två år. B har haft nytta av habiliteringen och kan nu till exempel svara på enkla frågor, förstå små lätta språkliga slutledningsuppgifter och orkar gärna lyssna på korta historier. B har dock svårt att koncentrera sig på tal riktat till hen. B kan inte berätta logiskt och tillförlitligt och behöver vuxenstöd av någon som vet vad B håller på att berätta. B använder en kommunikationsmapp där hen hittar bekanta bilder lätt. Mappen har använts lite på daghemmet som stöd för diskussion om dagens händelser och med stöd från en vuxen kan B komplettera sin berättelse med hjälp av mappen. Skolan har för närvarande inte resurser att avsätta tid för allmän användning av mappen, men övning av andra språkliga färdigheter i skolan skulle dock vara möjligt åtminstone i någon mån. I talterapisituationen orkar B arbeta bra med stöd av en vuxen.

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDLEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT:					15

Poäng	Rekommendation
6-7 p.	Talterapi rekommenderas 1-5x/år
8-10 p.	Talterapi rekommenderas 5-15x/år
11-13 p.	Talterapi rekommenderas 15-30x/år
14-17 p.	Talterapi rekommenderas 30-50x/år
18-24 p.	Talterapi rekommenderas 50-80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET: STOR

Störningens inverkan på delaktighet är stor eftersom B har svårt att förstå instruktioner och frågor samt berätta. B har inga vänner i skolan eller hemma. På grund av bristfälliga språkliga färdigheter har barnet inte möjlighet att delta i aktiviteter enligt ålder eller skapa sociala relationer.

BEHOVET AV HANDLEDNING AV OMGIVNINGEN: MEDELSTOR

Barnet använder fortfarande kommunikationsmappen med stöd från en vuxen. Det finns en risk att det användbara hjälpmedlet blir oanvänt om talterapeuten inte i fortsättningen går till skolan och tar upp denna fråga med jämna mellanrum och stödjer skolan i att använda mappen.

SVÅRIGHETSGRAD AV LOGOPEDISK STÖRNING: STOR

Barnets svårigheter är betydande både när det gäller språkförståelse och expressiv språkförmåga.

FÖRVÄNTAD NYTTA: MEDELSTOR

Tidigare talterapiperioder har visat att barnet lär sig sakta men säkert de saker som övas. Omgivningen har nytta av talterapeutens stöd.

Sammanlagt 15 poäng

REKOMMENDATION: För B och B:s näromgivning rekommenderas talterapi under året 40 x 45 minuter inklusive handledning hemma och i skolan. Faktorer som ökar antalet besök är den ringa mängden faktorer som stödjer barnet i skolan samt de sekundära problem som beror på de språkliga färdigheterna (brist på vänner).

11. Selektivt ätande och fonologiska svårigheter

H är ett 5-årigt barn med selektivt ätande. H har också uttalsfel (/l/, /k/, /s/, /r/). H har tidigare fått direkt talterapeutisk rehabilitering på grund av otydligt tal, men inte på grund av avvikande sensorik och ätproblem. Familjen och de övriga människorna i näromgivningen har inte fått någon handledning ännu. H:s kost har blivit inskränkt i och med att barnet vuxit och vid tidpunkten för bedömningen är kosten begränsad: de flesta dagar går barnet endast med på att äta köttbullar och karelska piroger samt ett visst bröd och dessutom tre maträtter som kan klassificeras som godsaker. Måltidssituationerna är belastande för barnet och den närmaste omgivningen. H har många olika slags undvikandebeteende i måltidssituationer, ibland även aggressivitet både på daghemmet och hemma. H är somatiskt frisk, viktutvecklingen följs dock upp.

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT:					<u>18</u>

Poäng	Rekommendation
6-7 p.	Talterapi rekommenderas 1-5x/år
8-10 p.	Talterapi rekommenderas 5-15x/år
11-13 p.	Talterapi rekommenderas 15-30x/år
14-17 p.	Talterapi rekommenderas 30-50x/år
18-24 p.	Talterapi rekommenderas 50-80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET: STOR

Det selektiva ätandet kan leda till hälsoproblem om det fortsätter och även orsaka betydande sekundära problem med relationerna till de närmaste anhöriga. När det gäller talet blir H redan ganska väl förstådd (uttalsfelen är systematiska). Talproblemen stör dock barnet självt och barnet blir upprört om hen inte blir förstådd. I dessa situationer drar sig H tillbaka från samtalssituationen och talets otydlighet har redan konstaterats ha ogynnsamma effekter på samspelet med jämnåriga.

BEHOVET AV HANDEDNING AV OMGIVNINGEN: STOR

När det gäller det selektiva ätandet är behovet av handledning av omgivningen stort och när det gäller rehabiliteringen av uttalsfelen mindre: familjen har redan rutiner för övning av ljud som sker under handledning av talterapeuten.

SVÅRIGHETSGRAD AV LOGOPEDISK STÖRNING: STOR

När det gäller selektivt ätande är situationen oroande på grund av det minskade näringsintaget, det undvikande beteendet och aggressiviteten. I fråga om talet är störningens svårighetsgrad lindrigare. H:s egen

reaktion på svårigheter som beror på det otydliga talet höjer dock svårighetsgraden av störningen också när det gäller talet.

FÖRVÄNTAD NYTTA: STOR

Det är förväntat att nyttan av handledning och direkt habilitering är stort vid behandling av selektivt ätande. H har gjort framsteg redan under den tidigare talterapiperioden i sitt tal och framstegen kommer mycket sannolikt att fortsätta.

Sammanlagt 18 poäng

REKOMMENDATION: För klienten rekommenderas talterapi 50 x 60 minuter/år som inriktas på direkt habilitering av ätande samt habilitering av uttalet. Det är nödvändigt att föräldrarna regelbundet deltar i habiliteringen. I antalet besök ingår separata handledningsbesök för föräldrar utan barnet till exempel för diskussion om undvikande beteende och aggression om handledning inte tillhandahålls någon annanstans.

12. Artikulationssvårigheter

U är ett 6-årigt förskolebarn vars /s/-ljud ersätts med /t/ och /r/ ersätts med /l/. Barnet är själv medvetet om det och det oroar barnet. Både barnet och föräldrarna är motiverade till övningar. Hörseln har undersökts och är normal.

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDLEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT:					<u>10</u>

Poäng	Rekommendation
6-7 p.	Talterapi rekommenderas 1-5x/år
8-10 p.	Talterapi rekommenderas 5-15x/år
11-13 p.	Talterapi rekommenderas 15-30x/år
14-17 p.	Talterapi rekommenderas 30-50x/år
18-24 p.	Talterapi rekommenderas 50-80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET: LITEN

Barnet kan uttrycka sig på ett förståeligt sätt trots artikulationsfelen. Felen stör barnet och leder till minskat intresse för att delta i interaktionen genom att tala.

BEHOVET AV HANDLEDNING AV OMGIVNINGEN: LITEN

Föräldrarna är motiverade att stötta barnet med hemövningar. Med ett par handledningsbesök kan föräldrarna handledas på ett tillräckligt sätt för hemövningar.

SVÅRIGHETSGRAD AV LOGOPEDISK STÖRNING: LITEN

Störningen hindrar inte kommunikation, utan barnets tal är förståeligt också för en främmande person, även om barnet verkar yngre än sin ålder på grund av de ersatta ljuden.

FÖRVÄNTAD NYTTA: STOR

Föräldrarna och barnet har mycket sannolikt nytta av de handledande besöken så att man kan träna de ljud som saknas och familjen kommer i gång med övningarna.

Sammanlagt 10 poäng

REKOMMENDATION: För barnet och föräldrarna rekommenderas 8 x 30 minuter handledningsbesök eller artikulationsterapi i gruppform riktad till familjer samt hemövningar mellan besöken. Om barnet lär sig ljuden, genomförs inte alla de planerade besöken.

Bilaga 2: Centrala tabeller och listor i mallen

Tabell 5 och 6: Poängsättning vid fastställande av behovet av talterapi och mängden talterapi samt omvandling av poäng till mängd talterapi

	INGEN / INGEN INVERKAN	LITEN	MEDELSTOR	STOR	TOTAL
STÖRNINGENS INVERKAN PÅ DELAKTIGHET	0	2	4	6	8
OMGIVNINGENS BEHOV AV HANDLEDNING	0	1	2	3	4
STÖRNINGENS SVÅRIGHETSGRAD	0	1	2	3	4
FÖRVÄNTAD NYTTA	0	2	4	6	8
POÄNG SAMMANLAGT: _____					

Poäng	Rekommendation
6-7 p.	Talterapi rekommenderas 1-5x/år
8-10 p.	Talterapi rekommenderas 5-15x/år
11-13 p.	Talterapi rekommenderas 15-30x/år
14-17 p.	Talterapi rekommenderas 30-50x/år
18-24 p.	Talterapi rekommenderas 50-80x/år
Ja/nej	Faktorer som minskar mängden
Ja/nej	Faktorer som ökar mängden

Möjliga faktorer som minskar antalet talterapibesök

- Förväntad nytta är låg.
- Låg nytta av habilitering som getts hittills, även om habiliteringsplanen har varit ändamålsenlig och genomförs enligt planen.
- Den funktionsnedsättning som störningen orsakar kan lindras genom en relativt liten mängd talterapi (t.ex. ibland stamning eller artikulationsfel).
- Klienten har också andra störningar än logopediska och således andra former av habilitering samtidigt
- Talterapeutisk habilitering är inte en prioritet för familjen/barnet vid den aktuella tidpunkten när det gäller situationen och resurserna. Till exempel om familjen vid den aktuella tidpunkten inte kan ta emot handledning, beviljas klienten 35 besök, även om man annars skulle ha beviljat familjen 40 besök (inkluderande handledning).
- Vid habilitering av språk har klienten haft en kort exponeringstid för terapipröket.
- Andra faktorer som baseras på individuell behovsprövning.

Möjliga faktorer som ökar antalet talterapibesök

Barnet/den unga har

- svårigheter och således habiliteringsmål inom flera olika delområden.
- en sensitiv utvecklingsperiod
- plötslig nedsättning i funktionsförmågan förknippad med ett logopediskt delområde.
- sekundära problem (t.ex. beteendeproblem, affektiva symtom) till följd av primära svårigheter med språket, kommunikation, interaktion, att tala, äta eller svälja. Till exempel långvariga språkliga svårigheter kan orsaka sekundära problem bland annat i mänskliga relationer, inlärning, mental hälsa, självförmåga, studier, självständighet och sysselsättning.
- riskfaktorer i sin omgivning.
- flera än två näromgivningar med människor som ska handledas under habiliteringen.
- en situation under habiliteringen som kräver omfattande samarbete mellan talterapeuten och olika intressenter.
- en betydande försening av inledande av talterapi.
- större problem i motoriken som helhet eller sensorisk reglering i anknytning till logopedisk störning.
- Andra faktorer som baseras på individuell behovsprövning.

Faktorer som förlänger talterapibesökens längd

- Barnet/den unga eller nära anhörig använder en alternativ eller kompletterande kommunikation som stöder eller ersätter talet.
- Besöken innehåller omfattande handledning av omgivningen.
- En tolk behövs på talterapibesöken (längre besökstid då tolken är närvarande).
- Barnets aktiviteter är långsamma och barnet behöver mer tid än vanligt för aktiviteterna.
- Barnet behöver stöd för exekutiva funktioner eller motivation.
- Barnet behöver tid för sensomotorisk reglering och förberedas för aktiviteter
- Barnet har flera mål som ska bearbetas samtidigt i talterapi (t.ex. ätande och interaktion).
- Terapin genomförs helt i vardagliga situationer.
- Andra faktorer som baseras på individuell behovsprövning.

Källor

- Aivoliitto (n.d.). Svårighetsgrader. <https://www.aivoliitto.fi/kehityksellinenkieliharjoitustietoa/vaikeusasteet/>
- Almqvist, L., & Granlund, M. (2005). Participation in school environment of children and youth with disabilities: A person-oriented approach. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46(3), 305–314.
- Arkkila, E., Räsänen, P., Roine, P., & Vilkmann E. (2008). Specific language impairment in childhood is associated with impaired mental and social well-being in adulthood. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 33(4), 179–189.
- Balkom, van, H., Verhoeven, L., van Weerdenburg, M., & Stoep, J. (2010). Effects of Parent-based Video Home Training in children with developmental language delay. *Child Language Teaching and Therapy*, 26(3), 221–237.
- Barnett, S. E., Levickis, P., McKean, C., Letts, C., & Stringer, H. (2021). Validation of a measure of parental responsiveness: Comparison of the brief Parental Responsiveness Rating Scale with a detailed measure of responsive parental behaviours. *Journal of Child Health Care*, 136749352199648. <https://doi.org/10.1177/1367493521996489>
- Bishop, D. V. M., & Edmundson, A. (1987). Language-impaired 4-year-olds: Distinguishing transient from persistent impairment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 156–173.
- Botting, N., & Marshall, C. (2017). Domain-specific and domain-general approaches to developmental disorders. In L. Centifanti & D. Williams (Eds.), *The Wiley handbook of developmental psychopathology* (pp. 139–159). Wiley.
- Botting, N., Toseeb, U., Pickles, A., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2016). Depression and anxiety change from adolescence to adulthood in individuals with and without language impairment. *PLOS ONE*, 11(7), e0156678.
- Brownlie, E. B., Graham, E., Bao, L., Koyama, E., & Beitchman, J. H. (2017). Language disorder and retrospectively reported sexual abuse of girls: Severity and disclosure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1114–1121.
- Bryan K., Freer J., & Furlong C. (2007). Language and communication difficulties in juvenile offenders. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42, 505–520.
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., & Rutter, M. (2005). Developmental language disorders—A follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 128–149.
- Coles, B., Godfrey, C., Keung, A., Parrott, S., & Bradshaw, J. (2010). Estimating the life-time cost of NEET: 16–18-year-olds not in Education, Employment or Training. The University of York.
- Collins, L. M., Murphy, S. A., & Bierman, K. L. (2004). A conceptual framework for adaptive preventive interventions. *Prevention Science*, 5(3), 185–196.
- Davis, T. N., Lancaster, H. S., & Camarata, S. (2016). Expressive and receptive vocabulary learning in children with diverse disability typologies. *International Journal of Developmental Disabilities*, 62(2), 77–88.
- Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2007). Language, social behavior, and the quality of friendships in adolescents with and without a history of specific language impairment. *Child Development*, 78(5), 1441–1457.
- Ebbels, S. H., Wright, L., Brockbank, S., Godfrey, C., Harris, C., Leniston, H., Neary, K., Nicoll, H., Nicoll, L., Scott, J., & Marić, N. (2017). Effectiveness of 1:1 speech and language therapy for older children with

- (developmental) language disorder. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(4), 528–539.
- Eberhart, B., Forsberg, J., Fäldt, A., Nilsson, L., Nolemo, M., & Thunberg, G. (2011). Förening Sveriges Habiliteringschefer. <http://habiliteringsverige.se/site/uploads/2017/05/Tidiga-kommunikations-och-spr%C3%A5kinsatser-till-f%C3%B6rskolebarn.pdf>
- Elbro, C., Dalby, M., & Maarbjerg, S. (2011). Language-learning impairments: A 30-year follow-up of language-impaired children with and without psychiatric, neurological and cognitive difficulties. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(4), 437–448.
- Frizelle, P., Tolonen, A.-K., Tulip, J., Murphy, C.-A., Saldaña, D., & McKean, C. (2021). The Influence of Quantitative Intervention Dosage on Oral Language Outcomes for Children with Developmental Language Disorder: A Systematic Review and Narrative Synthesis.
- Garfinkel, M. (2018). Therapists' perceptions of the 3:1 Service Delivery Model: A workload approach to school-based practice. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 11(3), 273–290.
- Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Oller, D. K., Russo, R., & Vohr, B. (2018). Language experience in the second year of life and language outcomes in late childhood. *Pediatrics*, 142(4), e20174276.
- Gosa m.fl. (2017). Evidence to support treatment options for children with swallowing and feeding disorders: A systematic review. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach* 10 (2017) 107–136.
- Hidecker, M.J.C., Paneth, N., Rosenbaum, P.L., Kent, R.D., Lillie, J., Eulenberg, J.B., Chester, K., Johnson, B., Michalsen, L., Evatt, M., & Taylor, K. (2011). http://cfcs.us/wp-content/uploads/2015/12/CFCS_Finnish.pdf
- Projektet ICF lasten kuntoutuksessa (2021). ICF lasten kuntoutuksessa. <https://www.turkuamk.fi/fi/tutkimus-kehitys-ja-innovaatiot/hae-projekteja/icf-lasten-kuntoutuksessa/>
- Jacoby, G. P., Lee, L., Kummer, A. W., Levin, L., & Craghead, N. A. (2002). The number of individual treatment units necessary to facilitate functional communication improvements in the speech and language of young children. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 11(4), 370.
- Justice, L. M., Logan, J., Jiang, H., & Schmitt, M. B. (2017). Algorithm-driven dosage decisions (AD 3): Optimizing treatment for children with language impairment. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(1), 57–68.
- Utvecklingsrelaterad språkstörning (särskild språksvårighet, barn och unga) God medicinsk praxisrekommendation. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarföreningen Duodecim, Finlands Foniater rf och Barnneurologiska Föreningen i Finland rf. Helsingfors: Finska Läkarföreningen Duodecim, 2019 (hänvisad 29.3.2021). Tillgänglig på internet: www.kaypahoito.fi
- Kiviranta, T., Sätälä, H., Suhonen-Polvi, H., Kilpinen-Loisa, P., & Mäenpää, H. (2016). Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Barnneurologiska Föreningen i Finland rf. https://bin.yhdistysavain.fi/1589471/t3gOd6h7cj4r7SNSHANh0SQVIj/SLNY%20Lapsen%20ja%20nuoren%20hyv%C3%A4%20kuntoutus%20p%C3%A4ivitys%202016_01_15.pdf
- Laiho, A., Elovaara, H., Kaisamatti, K., Luhtalampi K., Pohja, S., Routamo-Jaatela, K., Talaskivi, L., & Vuorio, E. (manuskript under förberedelse). Änkytys – Hyvät puheterapiakäytännöt. Osa II: Kuntoutuksen vaikutukset änkytyskäyttämiseen. Finlands Talterapeutförbund rf.
- Laiho, A., Elovaara, H., Kaisamatti, K., Luhtalampi, K., Pohja, S., Routamo-Jaatela, K., Talaskivi, L., & Vuorio E. (2021). Änkytys – Hyvät puheterapiakäytännöt. Osa I: Änkytysen kohtaaminen puheterapiassa. Finlands Talterapeutförbund rf. <https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2021/06/OSA-1-Ankytysen-kohtaaminen-puheterapiassa.pdf>

- Law, J., Charlton, J., Dockrell, J., Gascoigne, M., McKean, C., & Theakston, A. (2017). Early language development: Needs, provision, and intervention for preschool children from socio-economically disadvantaged backgrounds. A report for the Education Endowment Foundation. https://educationendowmentfoundation.org.uk/public/files/Law_et_al_Early_Language_Development_final.pdf
- Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2004). The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(4), 924–943.
- Marsh, K., Bertranou, E., Suominen, H., & Venkatachalam, M. (2010). An economic evaluation of speech and language therapy. Final Report. Matrix Evidence. <https://optimityadvisors.com/sites/default/files/research-papers/45-Speech-and-Language.pdf>
- Miettinen, L., Heikkinen, E., Juhala, S., Suvanto, A., Vikkula, L., & Vuorio, E. (2016). Kielellisen erityisvaikeuden kuntoutus - Hyvät puheterapiakäytännöt. Finlands Talterapeutförbund rf. https://puheterapeutiliitto.fi/wp-content/uploads/2018/06/Kielellinen_erityisvaikeus.pdf.
- Miettinen, L., Isoaho, P., Tolonen, A-K., & Heikkinen E. (2019). Etäkuntoutus puheterapiassa. Finlands Talterapeutförbund rf. <https://puheterapeutiliitto.fi/wp-content/uploads/2020/02/Et%C3%A4kuntoutus-puheterapiassa.pdf>
- Mok, P. L. H., Pickles, A., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2014). Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5).
- Roberts, Megan Y., Curtis, P. R., Sone, B. J., & Hampton, L. H. (2019). Association of parent training with child language development: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 173(7), 671.
- Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2015). Early intervention for toddlers with language delays: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 135(4), 686–693.
- Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2012). Assessing the Effects of a Parent-Implemented Language Intervention for Children with Language Impairments Using Empirical Benchmarks: A Pilot Study. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 55(6), 1655–1670.
- Roberts, Megan Y., & Kaiser, A. P. (2011). The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 180.
- Schmitt, M. B., Logan, J. A. R., Tambyraja, S. R., Farquharson, K., & Justice, L. M. (2017). Establishing language benchmarks for children with typically developing language and children with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(2), 364–378.
- Sellers, D., Mandy, A., Pennington, L., Hankins, M., & Morris, C. (2014). Development and reliability of a system to classify eating and drinking ability of people with cerebral palsy. <https://www.sussexcommunity.nhs.uk/get-involved/research/edacs-finnish-version-23122020.pdf>
- Sipari, S., Vänskä, N., & Pollari, K. (2015). Lapsen oikeus osallistua kuntoutukseensa – lapsen edun arviointi. <http://look.metropolia.fi/>
- Snow, P. C., Woodward, M., Mathis, M., & Powell, M. B. (2016). Language functioning, mental health and alexithymia in incarcerated young offenders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18(1), 20–31.
- Finlands Talterapeutförbund rf (2015). Puheterapeutin etiikka. https://puheterapeutiliitto.fi/wp-content/uploads/2018/06/Puheterapeutin_eettiset_ohjeet.pdf

Suvanto, A., & Piirto, H. (2019). Guiden Grundläggande information för talterapeuter. Finlands Talterapeutförbund rf. <https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2020/10/ICF-guide.pdf>

Sylvestre, A., Di Sante, M., Brassart, E., & Leblond, J. (2021). Introducing the Coding Observations of Parent-Child Interactions (COPI): An Observational Measure of the Parental Behaviours That Matter for Language Development. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 45(2), 99–112.

Institutet för hälsa och välfärd (2021). ICF-klassificering. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Institutet för hälsa och välfärd. (n.d.). Osallisuuden osa-alueet ja osallisuuden edistämisen periaatteet—Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen—THL. Institutet för hälsa och välfärd. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/osallisuuden-osa-alueet-ja-osallisuuden-edistamisen-periaatteet>

Hälsa- och sjukvårdslag (30.12.2010/1326). 6 kap 51 § Att få vård inom primärvården. <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P51>

World Health Organization. (2013). How to use the ICF. A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/drafticfpracticalmanual2.pdf?sfvrsn=8a214b01_4&download=true

Författare till rekommendationen

Tarvainen, Sirpa

FM, legitimerad talterapeut (Finland och Nederländerna). Tarvainen är doktorand vid Helsingfors universitet. Ämnet för doktorsavhandlingen är habilitering av talförståelse. Tarvainen har erfarenhet av talterapeutisk habilitering både inom den kommunala och den privata sektorn. Tarvainen startade arbetsgruppen för utarbetande av rekommendationen när hon var ordförande för Finlands Talterapeutförbund åren 2018–2020 och var ordförande och sammanställande författare i arbetsgruppen. Tarvainen är utbildningsföretagare via sitt företag Puheterapiapalvelu Vuorovaikutus. Hon representerar HUS specialupptagningsområde i arbetsgruppen.

Elo, Hanna

FT, legitimerad talterapeut. Elo arbetar för närvarande som företagare och ledande talterapeut vid Terapiakeskus Otavala Oy. Tidigare har hon arbetat i talterapeutiska bedömningsuppgifter och deltagit i habiliteringsplansarbete i multiprofessionella arbetsgrupper både inom primärvården och specialistsjukvården. Elo har skrivit sin doktorsavhandling om tvillingars tidiga språkutveckling och har undervisat i logopedi vid Tammerfors universitet. Elo representerar TAYS specialupptagningsområde i arbetsgruppen.

Haukilehto, Marita

FM, legitimerad talterapeut, OYS, omsorg för utvecklingsstörda Konsti. Haukilehto har gjort kliniskt arbete i sammanlagt tjugo år. Hon har arbetat både som en talterapeut som bedömer habiliteringsbehovet samt genomför habiliteringen. Haukilehto är också doktorand vid Uleåborgs universitet. Haukilehto representerar OYS specialupptagningsområde i arbetsgruppen.

Huuskonen, Katri

FM, legitimerad talterapeut, WellSaid Oy. Huuskonen har erfarenhet av talterapeutisk habilitering både inom den kommunala och privata sektorn. Huuskonen representerar KYS specialupptagningsområde i arbetsgruppen.

Konola, Heli

FM, legitimerad talterapeut. Konola är för närvarande privat yrkesutövare samt arbetar vid Valteri center för lärande och kompetens. Konola har arbetserfarenhet både inom den kommunala sektorn och inom specialistsjukvården. Hon har också deltagit i FPA:s projektarbete för att utveckla tidig habilitering (projekten Etänä Lähelle samt KieLo). Konola representerar KYS specialupptagningsområde i arbetsgruppen.

Kurola, Satu

FM, legitimerad talterapeut. Kurola är privat yrkesutövare vid Puheterapia Satukuu. Kurola har arbetserfarenhet av habilitering såväl inom den privata som kommunala sektorn. Kurola representerar HUCS specialupptagningsområde i arbetsgruppen.

Nylander, Niina

FM, legitimerad talterapeut. Nylander är privat yrkesutövare samt universitetslärare och doktorand vid Helsingfors universitet. Nylander har tidigare arbetat inom habilitering som kommunal talterapeut. Nylander representerar HUS specialupptagningsområde i arbetsgruppen.

Rantanen, Eveliina

FM, legitimerad talterapeut. Rantanen arbetar med talterapeutisk bedömning inom HUS Sjukvård för barn och unga. Rantanen representerar HUS specialupptagningsområde i arbetsgruppen.

Ruponen, Ulla-Mari

FM, legitimerad talterapeut. Ruponen arbetar inom barns talterapi vid Helsingfors stad. Ruponen har över tio års erfarenhet av arbete som kommunal talterapeut, inklusive bedömning, handledning och habilitering. Ruponen representerar HUCS specialupptagningsområde i arbetsgruppen.

Ståhlberg-Forsén, Eva

FM, legitimerad talterapeut. Ståhlberg-Forsén är för närvarande doktorand vid Helsingfors universitet. Hennes forskning berör den tidiga språkutvecklingen hos mycket prematurfödda barn. Ståhlberg-Forsén har gjort kliniskt arbete som talterapeut i över tjugo år, senast inom barnneurologi vid Vasa centralsjukhus, och arbetat som universitetslärare. Ståhlberg-Forsén representerar ÅUCS specialupptagningsområde i arbetsgruppen. Ståhlberg-Forsén har sakgranskat den svenska versionen av rekommendationen.

Sundstedt, Stina

MD (doktorsexamen i sväljsvårigheter inom logopedi och medicin vid Umeå universitet), legitimerad talterapeut. Sundstedt arbetar som universitetslektor vid Åbo Akademi och arbetar som kommunal talterapeut vid Österbottens välfärdsområde. Hon har cirka tio års arbetserfarenhet av bedömning, handledning och habilitering i Finland och i Sverige. Sundstedt representerar ÅUCS specialupptagningsområde i arbetsgruppen. Sundstedt har sakgranskat den svenska versionen av rekommendationen.

Vikkula, Leena

FL, legitimerad talterapeut och specialtalterapeut. Vikkula är ledande talterapeut inom HUS Sjukvård för barn och unga och har gjort kliniskt arbete med betoning på logopedisk bedömning inom barnneurologi i över tjugo år. Tidigare har hon arbetat som kommunal talterapeut och som privat yrkesutövare som bisyssla. Vikkula representerar HUS specialupptagningsområde i arbetsgruppen.

Vuoti, Katja

EM, FM, legitimerad talterapeut. Vuoti har arbetat som talterapeut både inom den privata och kommunala sektorn. Idag är hon företagare på heltid (Puheterapia Papupata Oy) och koncentrerar sig på habiliteringsarbete. Hon representerar TAYS specialupptagningsområde i arbetsgruppen.

Piirto, Heta

FM, legitimerad talterapeut. Piirto är privat yrkesutövare och verksamhetsledare i Finlands Talterapeutförbund. Dessutom har hon cirka tio års erfarenhet av utvärderande och handledande arbete med utvecklingsstörda. Piirto representerar HUS specialupptagningsområde i arbetsgruppen.

Författarna till rekommendationen har inga andra bindningar till rekommendationens ämne.