

Nationellt hälsoprogram för barn och unga

Kunskapsstöd: utvecklingsuppföljning del 1

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-8-10387

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, augusti 2026

Innehåll

Del 1: Inledning	4
Del 2: Kunskapsstödet syfte.....	6
Behov som kunskapsstödet svarar mot	6
Del 3: Rekommenderad insats	9
Område: Identifiera avvikande språk- och kommunikationsförmåga i skolåldern.....	9
Förändringar som rekommendationen kan medföra	14
Förutsättningar för att genomföra insatserna	15
Del 5: Kunskapsunderlag	16
Metod för framtagande av kunskapsstödet	16
Fördjupad bakgrund.....	19
Del 6: Deltagare i arbetet med kunskapsstödet.....	26
Projektgrupp	26
Rekommendationsgrupp	27
Referenser.....	28
Bilaga 1. SBU Bereder – Upptäcka språkstörning i åldrarna 6–21 år	35
Bilaga 2. Sökdokumentation till SBU Bereder – Upptäcka språkstörning i åldrarna 6–21 år	47

Del 1: Inledning

Detta kunskapsstöd är ett av flera inom ramen för det nationella hälsoprogrammet för barn och unga. Hälsoprogrammet omfattar universella insatser i form av regelbundna hälsobesök, hälsosamtal samt föräldraskapsstöd som erbjuds alla barn och unga i Sverige – från före födelsen upp till 20 år. Insatserna i hälsoprogrammet ska vara hälsofrämjande och förebyggande.

Kunskapsstöden bygger på bästa tillgängliga kunskap i form av vetenskap och beprövad erfarenhet, och riktar sig huvudsakligen till de professioner som berörs av hälsoprogrammet. Andra viktiga mottagare är beslutsfattare på olika nivåer med ansvar för de verksamheter som hälsoprogrammet omfattar.

Hälsoprogrammet baseras på både nya kunskapsstöd och kunskapsstöd som redan används. De kunskapsstöd som har tagits fram inom ramen för hälsoprogrammet är därmed ett komplement till de rekommendationer och riktlinjer som redan finns. Vissa kunskapsstöd beskriver insatser som rekommenderas inom ramen för hälsoprogrammet, medan andra inte gör det. Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande. De rättsliga ramarna för hälsoprogrammet regleras i stället av gällande lagstiftning.

Socialstyrelsen ansvarar för att ta fram hälsoprogrammet, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF), Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Till det nationella hälsoprogrammet för barn och unga har sammanställning av kunskapsstöd inom åtta temaområden prioriterats (se lista nedan). Samtliga kunskapsstöd, med undantag för dem inom temaområde 1 och 5, innehåller rekommendationer.

1. Förebygga våld
2. Föräldraskapsstöd
3. Levnadsvanor
4. Munhälsa
5. Psykisk hälsa
6. Syn och hörsel
7. Tillväxt, pubertet och skolios
8. Utvecklingsuppföljning.

Utöver kunskapsstöden har en behovskartläggning för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter tagits fram.

De framtagna kunskapsstöden belyser insatser som syftar till att direkt eller indirekt påverka skydds- och riskfaktorer som har betydelse för barns och ungas hälsa och utveckling.

En viktig del av arbetet är att uppmärksamma och agera vid tecken på våldsutsatthet och olika former av omsorgssvikt. Du som arbetar inom någon av hälsoprogrammets verksamheter, har därför ett ansvar att agera vid misstanke om att ett barn eller en ung person far illa eller är utsatt för våld. På samma sätt behöver du agera om ett barn eller en ung person bevittnar våld, alternativt lever i en situation där en förälder är våldsutsatt eller utövar våld. Det innebär bland annat att vidta relevanta åtgärder och, när det finns skäl för oro, göra en orosanmälan till socialtjänsten.

Del 2: Kunskapsstödet syfte

Syftet med kunskapsstödet är att stärka elevhälsans medicinska insats möjligheter att upptäcka avvikande språk- och kommunikationsutveckling hos elever, i samverkan med övrig elevhälsa och lärare. I kunskapsstödet rekommenderas ett frågebatteri för elever i förskoleklass, årskurs 4 och årskurs 7 som kan användas i skolsköterskans hälsobesök. Tillsammans med information från övrig elevhälsopersonal, lärare och förälder kan frågebatteriet utgöra underlag för vidare handläggning och eventuell remiss till specialistvård.

Fragebatteriet har utvecklats utifrån kännetecknen på språkstörning, baserade på arbetet inom det internationella konsortiet CATALISE. Det är ett internationellt tvärprofessionellt samarbete där forskare och kliniskt verksamma arbetade med att ta fram gemensamma kriterier och terminologi för diagnosen språkstörning [1, 2].

Kunskapsstödet riktar sig till dig som arbetar inom elevhälsans medicinska insats och övrig elevhälsa, men även till lärare och till beslutsfattare inom berörda verksamheter, såsom politiker och verksamhetschefer.

Behov som kunskapsstödet svarar mot

- Barns och ungas språkliga och kommunikativa utveckling behöver följas och stödjas, eftersom förmågan att använda språk och kommunicera har **avgörande betydelse för barnets lärande, utveckling och hälsa**.
- Språklig och kommunikativ förmåga är av stor betydelse för lärande och **måluppfyllelse under skolgång** och framtida arbetsliv samt möjlighet att ta till sig samhällsinformation.
- Språkstörning kan upptäckas tidigt i livet, men hos många barn **uppmärksammas svårigheterna först i skolåldern** när kraven på språklig och kommunikativ förmåga samt på läs- och skrivfärdigheter ökar. Det är därför viktigt att **fortsätta följa** barns och ungas språkutveckling även under skoltiden, så att behov av stöd kan identifieras i tid.
- Ur ett hälsoperspektiv är språk och kommunikation **centrala för självkänsla och relationer** samt möjligheten att uttrycka åsikter, känslor och behov i samspel med andra.
- Att barn ges möjlighet att kommunicera och uttrycka sina åsikter i beslut som berör dem är **en grundläggande rättighet** enligt både Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

- Att identifiera barn och unga vars språk och kommunikation inte utvecklas som förväntat är en **aktuell prioritering** som aviserats av den nuvarande regeringen genom uppdraget om ett nationellt hälsoprogram för barn och unga.
- Språkstörning är en av de vanligaste funktionsnedsättningarna och förekommer hos **7–10 procent av befolkningen**.
- Språkstörning förekommer ofta tillsammans med andra funktionsnedsättningar, såsom adhd, dyslexi och DCD (motorisk koordinationsstörning). När flera svårigheter förekommer samtidigt kan det påverka barnets funktion och skolresultat på ett mer omfattande sätt.
- Barn och unga med språkstörning har en förhöjd risk för psykisk ohälsa och löper **risk att utsättas för mobbning**, övergrepp eller andra former av utnyttjande, vilket ytterligare understryker vikten av tidig identifiering och stöd.
- Oupptäckt språkstörning är **vanligt förekommande hos barn med problemskapande beteende** eller andra neuropsykiatriska svårigheter.
- Utredningar, anpassningar och **insatser kan förbättra prognosen** och minskar konsekvenserna av språkstörning.

Ett sätt att benämna språkstörning som är internationellt vedertaget är Developmental Language Disorder (DLD). DLD definieras som en utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning. Det innebär att de språkliga svårigheterna framträder tidigt i livet och kännetecknas av varaktiga svårigheter inom språklig förståelse, och/eller uttrycksförmåga samt vid användning av språk i kommunikativt syfte. Dessa svårigheter kvarstår ofta genom livet, men yttrar sig på olika sätt i olika åldrar.

Det är allvarligt om barn och elever får vänta många månader, ibland flera år, på identifikation, utredning och intervention. Barn i skolåldern kan få sämre förutsättningar till lärande när orsakerna till svårigheterna inte har bedömts och adekvat stöd därför uteblivit. Få elever med DLD klarar skolan med godkända betyg - och svårigheterna att uppfylla målen kan snarast öka över tid i och med att de språkliga kraven ökar genom skolåren [3-6].

För att förebygga negativa konsekvenser av DLD behöver villkoren för personer med denna funktionsnedsättning förbättras. Trots att DLD är så vanligt, är kunskapen om funktionsnedsättningen låg i samhället. I en kartläggning av insatser för barn och ungdomar med DLD beskrivs att det finns stora kunskapsluckor om DLD hos remitterter inom barnhälsovården och elevhälsan. Det framkommer behov av ökad kunskap om DLD hos skolskötare [7].

En förutsättning för att barn och ungdomar med DLD ska få adekvat vård, stöd och hjälp är att språk- och kommunikationssvårigheterna upptäcks. Att personal inom elevhälsans medicinska insats och skolan ställer frågor om

språkutvecklingen och den språkliga förmågan kan underlätta identifikation och ställningstagande till fortsatta åtgärder, utredning och stöd.

Del 3: Rekommenderad insats

De rekommenderade insatserna i denna del bygger på kunskap i form av vetenskap och beprövad erfarenhet. Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande. De verksamheter som omfattas av det nationella hälsoprogrammet för barn och unga styrs av befintlig lagstiftning och hälsoprogrammet har inte medfört några lagändringar.

Typ av insats	Insats/ intervention	Mål- grupp	När i tid /vid vilket eller vilka besök	Verksamhe t
Uppmärksamma avvikande språk och kommunikation hos barn i skolåldern med hjälp av frågebatteriet	Ställ frågorna i frågebatteriet till eleven, till föräldrarna eller till båda för att identifiera avvikelse eller stödbehov inom språk- och kommunikations- utveckling.	Elever i förskole- klass och i grund- skolan	Hälsobesök i årskurs: Förskole- klass Årskurs 4 Årskurs 7	Elevhälsan

Område: Identifiera avvikande språk- och kommunikationsförmåga i skolåldern

Elever med avvikande språk- och kommunikationsutveckling behöver tidigt och individanpassat stöd samt en förklaring till sina svårigheter. Därför behöver du som arbetar inom elevhälsan arbeta aktivt för att tidigt identifiera sådan problematik. Använd därför frågebatteriet i samband med hälsobesöken i förskoleklass, årskurs 4 och årskurs 7 för att identifiera eventuella svårigheter inom språk och kommunikation.

Insats: Frågebatteri

Till dig som möter elever och föräldrar inom elevhälsan

- Ställ frågorna i frågebatteriet till eleven, till föräldrarna eller till båda för att identifiera avvikelser eller stödbehov inom språk- och kommunikationsutveckling.

Varför?

En nedsatt språk- och kommunikationsförmåga innebär en ökad risk för svårigheter med lärande, sociala relationer och beteende. Barn och ungdomar med språkstörning har en ökad risk för utanförskap och psykisk ohälsa. På längre sikt riskerar även mild och måttlig språkstörning att påverka såväl utbildning och anställning som relationer, välbefinnande och delaktighet i samhällsliv [3]. Vid tidig identifikation och stödinsatser minskar ovanstående negativa konsekvenser av funktionsnedsättningen avsevärt [8, 9].

Målgrupper och aktörer

Målgruppen är alla elever inom förskoleklass och grundskolan. Insatsen genomförs inom elevhälsans medicinska insats.

Genomförande av insatsen

Använd frågorna i frågebatteriet nedan som ett stöd för att uppmärksamma eventuella svårigheter hos eleven. Du kan ställa dem direkt till eleven eller till föräldern (elev i förskoleklass). Du kan också komplettera eller ersätta frågorna med egna observationer av hur eleven fungerar inom respektive område. Anpassa frågorna och observationerna utifrån elevens mognad.

Om eleven visar svårigheter inom något område kan du som skolsköterska ställa fler frågor för att bättre förstå hur stora problemen är och hur ofta de uppstår:

- Hur ofta förekommer svårigheterna?
- I hur många olika situationer eller sammanhang uppträder de?

I detta skede är syftet inte att fastställa orsaker eller göra någon differentierad bedömning av problematiken.

Om det behövs, behöver du tillsammans med övriga professioner i elevhälsan göra en samlad bedömning innan du remitterar eleven till en annan instans. Det kan exempelvis behövas om du är osäker på vad som ligger bakom svaren på frågorna.

Frågebatteriet bör användas vid hälsobesök i förskoleklass, årskurs 4 och årskurs 7, oavsett utfallet av föregående samtal. Skälet är att DLD kan förändras över tid och ibland uppmärksammas först i högre åldrar. Det innebär att även elever med tidigare identifierad DLD ska tillfrågas med stöd av frågebatteriet.

Frågebatteriet *Identifiera språk- och kommunikationsavvikelser* [1, 10]

Område	Fråga	Möjlig observation av skolsköterska	Avviker	Svårt att bedöma
Berätta/återge sammanhängande text	Har eleven svårt att hitta ord?	Använder eleven mer generella ord (den där, en sådan) i stället för exakta begrepp?		
	Har eleven svårt att återberätta en historia eller något som hen varit med om?	Kan eleven berätta om sin dag, sitt skollov eller liknande? Går det att förstå berättelsen, finns en tydlig början, en mitt och ett slut?		
Språkförståelse	Har eleven svårt att förstå och komma ihåg vad ord betyder?	Har eleven svårt att följa de instruktioner du ger, t.ex. vid hälsokontroller/undersökningar? Behöver instruktionen delas upp för att eleven ska förstå? Fastnar eleven på vissa ord/begrepp? Frågar eleven vad saker betyder? Kan eleven förstå annat än bara de mest vardagliga ord som du använder?		
	Har eleven svårt att komma ihåg det hen lärt sig?	Måste du repetera för att eleven ska förstå/komma ihåg?		
Följa och komma ihåg instruktioner	Har eleven svårt att förstå och svara på frågor?	Följer eleven instruktioner? Kan hen svara på frågor om sin dag, sitt lov eller liknande?		
Ömsesidig kommunikation	Tar eleven initiativ i samtal eller kontakt med andra? Tar eleven över i samtal?	Behöver du driva samtalet? Eller tar eleven också initiativ eller fyller på?		
	Har eleven jämnåriga kompisar?	Verkar eleven dra sig undan eller uteslutas från gruppaktiviteter?		
Tolka bokstavligt	Missförstår eleven muntliga instruktioner och information?	Får eleven bara med sig delar av informationen (exempelvis: uppfattar eleven den första delen men inte de efterföljande)? Tolkar eleven det som sägs bokstavligt? Har eleven svårt att förstå vanliga uttryck som "drunkna i läxor" eller "hålla ett öga på", eller svårt att förstå ironi (som används av jämnåriga)?		
	Har eleven svårt att tolka situationer och händelseförlopp?	Har eleven svårt att se sin egen roll i konflikter, missförstånd eller bråk som uppstår?		

Hantering och fortsatt process

Använd frågorna om barnets språkutveckling i samband med hälsobesök i förskoleklass, årskurs 4 och årskurs 7. Ställ vid behov även frågorna till föräldern. Beakta anamnes från barnhälsovården och tidigare hälsobesök. Använd observationer och svar för att identifiera varningssignaler och göra en samlad bedömning av elevens språkutveckling.

Om du misstänker svårigheter med språkutvecklingen, be om föräldrarnas samtycke för att lyfta ärendet i elevhälsoteamet. Utred inom skolan behov av stödinsatser i undervisningen, ytterligare medicinska utredningar hos skolläkare samt eventuell remiss till logoped eller andra verksamheter, såsom barn- och ungdomspsykiatri. Fundera också över andra faktorer som kan inverka på elevens svårigheter.

Skolsköterska, skolläkare eller skolpsykolog skriver därefter vid behov remiss till logoped.

Följ upp remissvaret och samordna insatser inom elevhälsoteamet i samverkan med lärare och förälder. Håll elev och förälder informerade under hela processen.

Skolans ansvar för stöd i undervisningen

Om det befaras att eleven inte kommer att uppfylla de betygskriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som minst ska uppfyllas i skolan har eleven rätt att få extra anpassningar och särskilt stöd. Extra anpassningar och särskilt stöd är individuella stödinsatser. Extra anpassningar kan genomföras inom ramen för den ordinarie undervisningen och det behöver inte fattas något formellt beslut om att eleven ska få extra anpassningar.

Särskilt stöd är stödinsatser av mer ingripande karaktär som kan pågå under en längre tid. När en elev kan vara i behov av särskilt stöd ska den som uppmärksammar behovet göra en anmälan till rektor. Rektor ser då till att en utredning av elevens eventuella behov av särskilt stöd påbörjas och genomförs så skyndsamt som möjligt. Elevhälsan ska involveras i utredningen, om det inte är uppenbart obehövligt.

Stödinsatser ska inte invänta en utredning, men om det är aktuellt med en utredning av särskilt stöd ska den genomföras skyndsamt. Indikationen kan behöva uppmärksammas i elevhälsans samlade arbete, med hänsyn till sekretess och behov av samtycke. Syftet är att säkerställa att eleven får rätt stöd så tidigt som möjligt [11].

Hur det kan se ut i praktiken

Elevhälsan ska vara en samlad resurs på skolan och ska enligt skollagen bestå av medicinsk, psykologisk, psykosocial, och specialpedagogisk

kompetens. I vissa verksamheter finns även logoped knuten till skolan och/eller huvudmannen.

Rektorn ansvarar för att elevhälsans kompetenser används på lämpligt sätt i skolans inre arbete, och att elever som riskerar att inte nå utbildningens mål uppmärksammas. Språkliga svårigheter kan innebära en ökad risk att eleven inte når utbildningens mål om skolan inte ger rätt stödinsatser.

I många verksamheter ger rektorn specialpedagog eller speciallärare ansvar för att samordna arbetet när språkliga svårigheter har uppmärksamats.

Det kan innebära att

- samla in underlag från och samverka med undervisande lärare
- analysera hur svårigheterna påverkar lärandet
- föreslå och följa upp stöd och anpassningar
- bidra i dialog med förälder
- samverka med övriga kompetenser inom elevhälsan.

Vilka professioner som involveras avgörs utifrån elevens behov. Rektor ansvarar för elevhälsoarbetet. Elevhälsans arbete ska enligt skollagen bedrivas på individ-, grupp- och skolenhetsnivå och ske i samverkan med lärare och övrig personal. Elevhälsan ska vara en del av skolans kvalitetsarbete. Vid behov ska elevhälsan samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Eftersom rektor ansvarar för skolans inre arbete enligt skollagen behöver rektor få information om de pedagogiska behov som är viktiga för beslut om stöd.

Förändringar som rekommendationen kan medföra

Innebär kunskapsstödet några förändringar vad gäller frekvens och tidpunkt för hälsobesök?	Nej
Om ja, beskriv kortfattat ändringen/ändringarna	
Innebär kunskapsstödet några konsekvenser för befintliga rutiner eller kostnader?	Ja
Om ja, beskriv kortfattat konsekvensen/konsekvenserna	Kort introduktion för skolsjuksköterskan kring frågebatteriet (engångstillfälle). Frågorna är beräknade att ta max 2-5 minuter extra tid av hälsobesöket.

Förutsättningar för att genomföra insatserna

I samband med introduktionen av frågebatteriet kommer representanter för det nationella hälsoprogrammet för barn och unga att hålla en genomgång för skolsköterskor som innehåller:

- grundläggande kunskap om DLD i skolåldern
- information om hur frågebatteriet kan implementeras i samband med hälsobesöken
- bakgrunden till behovet av att identifiera elever med dessa funktionsnedsättningar.

Introduktionen kommer att vara tillgänglig från hösten 2026 i form av ett inspelat webinarium om ca 45 minuter. Efter genomgången introduktion bedöms den eventuellt ökade tidsåtgången för att ställa frågorna som liten, ca 2–5 minuter.

Del 5: Kunskapsunderlag

Metod för framtagande av kunskapsstödet

Detta kunskapsstöd har tagits fram genom en process i flera steg. Inledningsvis inventerade en expertgrupp knuten till det nationella hälsoprogrammet för barn och unga behov av kunskapsstöd inom de verksamheter som berörs av hälsoprogrammet. Därefter genomfördes systematiska litteratursökningar för att identifiera insatser med stöd i forskning. Inga systematiska översikter hittades och därför bygger insatserna på det internationella konsensusdokumentet CATALISE. Utifrån detta togs en insats fram.

För att ta ställning till om insatsen kunde rekommenderas, hölls ett rekommendationsgruppsmöte med deltagare från relevanta förebyggande och hälsofrämjande verksamheter. Nationella programområden, professionsförbund och andra relevanta aktörer bjöds in att nominera deltagare. Utifrån nomineringarna gjordes ett urval för att säkerställa bred representation av professioner och verksamheter samt geografisk spridning över landet. Rekommendationen antogs genom att deltagarna i rekommendationsgruppen nådde konsensus.

Litteratursökning

SBU:s informationsspecialist sökte inledningsvis efter sammanställd forskning om screeninginstrument för att upptäcka språkstörning hos barn och ungdomar i åldrarna 6–21 år. Sökningen identifierade ingen systematisk översikt av relevans för frågeställningen. Ett validerat screeningtest för äldre barn och ungdomar identifierades (CELF-5 screeningtest), men det är inte validerat eller normerat för svenska barn. Litteratursökningen redovisas i bilaga 2.

I litteratursökningen identifierades en konsensusstudie ifrån 2016 där syftet var att skapa samsyn kring vilka barn med språkliga svårigheter som bör remitteras vidare för utredning och behandling hos logoped. Studien, som ofta benämns CATALISE [1] har fått avgörande genomslagskraft både nationellt och internationellt. CATALISE-studien har använts i arbetet med att definiera och klassificera språkstörning (Developmental Language Disorder) i förarbetet till den internationella diagnosmanualen ICD-11 [12].

Konsensusdokumentet CATALISE, metod och innehåll

CATALISE togs fram genom en Delphi-liknande konsensusprocess. I ett första steg formulerade Bishop et al. [1] 46 påståenden om språkstörning, baserade på artiklar och kommentarer i ett specialnummer av *International Journal of Language & Communication Disorders*. Påståendena bedömdes av CATALISE-konsortiet på en sjugradig skala avseende relevans och validitet, med möjlighet att lämna kommentarer. Utifrån bedömningar och kommentarer omformulerades och slogs vissa påståenden samman för att öka möjligheten till konsensus. Efter revidering återstod 27 påståenden som skickades ut för ny bedömning. Konsensus uppnåddes för 24 av dessa (definierat som >80 procent enighet). I den publicerade artikeln redovisas samtliga 27 påståenden tillsammans med kommentarer, forskningsreferenser och eventuella kvarstående meningsskiljaktigheter. Tre av studiens konsensuspåståenden (nummer 1, 2 och 9) handlar om att upptäcka språkstörning hos barn över fem år och är därför av relevans för projektets uppdrag [10].

- **Påstående 1:** Anledningar till att remittera för utredning eller behandling hos logoped omfattar när föräldrar, förälder, lärare eller personal i hälso- och sjukvården uttrycker oro eller bekymmer kring barnets tal, språk eller kommunikation, eller att barnet har bristande utveckling i språk eller skolarbete trots riktat stöd i klassrummet
- **Påstående 2:** Språkstörning kan förbli oupptäckt. Remiss för språkutredning rekommenderas för barn som uppvisar beteendeavvikelser eller psykiatriska symtom, och för barn med nedsatt läs- eller hörförståelse.
- **Påstående 9:** Från fem års ålder och uppåt kännetecknar följande faktorer en avvikande språkutveckling. Barnet:
 - a) har svårt att berätta eller återberätta en sammanhängande berättelse,
 - b) har svårt att förstå vad han/hon lyssnar till eller läser (efter lässtart),
 - c) har stora svårigheter att följa eller komma ihåg muntliga instruktioner,
 - d) talar mycket men har stora svårigheter att delta i ömsesidiga samtal,
 - e) tolkar ofta saker bokstavligt, och missar poängen med vad som menas.

SBU bedömer risk för bias i konsensusdokumentet CATALISE

För att använda studien som ett kunskapsunderlag i det nationella hälsoprogrammet för barn och unga, har SBU gjort en risk för bias-bedömning av CATALISE-studien i syfte att bedöma dess vetenskapliga kvalitet, med särskilt fokus på ovannämnda påståenden.

Projektledaren hos SBU har, i samarbete med SBU:s samordnare för det nationella hälsoprogrammet för barn och unga, genomfört risk för bias-bedömningen utifrån en specifik bedömningsmall för åsiktsbaserade studier [13]. Sju aspekter bedömdes:

1. Är det tydligt vilka personer som står bakom artikeln?
2. Har dess personer relevant expertkunskap eller erfarenhet?
3. Är adekvata intressenter involverade i arbetet?
4. Finns det intressekonflikter som kan påverka resultatet?
5. Beskriver författarna hur de har sökt och sammanställt vetenskaplig litteratur?
6. Stämmer resultaten överens med vetenskaplig litteratur?
7. Är metoden för att arbeta fram påståendena tydlig beskriven?

SBU bedömer att metodvalet i den granskade studien är lämplig, att författarna är medvetna om studierelaterade begränsningar och att de även hanterar dessa begränsningar i processen. Vidare bedömer SBU att metoden är utförligt beskriven och att noggranna och transparenta metodval gjorts.

SBU bedömer också att det är tydligt vilka personer som står bakom artikeln och att de resonemang som förs i studien rörande författarnas arbetsfördelning i studien minskar risken för snedvridna resultat.

Författarna i den granskade studien motiverar sina val av sammansättning av paneldeltagare och problematiserar även i diskussionsavsnittet att resultatet hade kunnat se något annorlunda ut ifall panelen bestått av andra deltagare. SBU konstaterar att det ur ett svenskt perspektiv hade kunnat varit lämpligt med fler representanter ifrån elevhälsan men SBU är också väl medveten om att organisationen omkring skola och elevhälsa skiljer sig mellan olika länder.

Författarna av studien lyfter fram att genom att inkludera paneldeltagare ifrån både hälso- och sjukvård och skola överbryggas intressekonflikten mellan ett medicinskt synsätt och ett socialt perspektiv på språkstörning. Författarna är också tydliga med att de rekryterar deltagare i panelen som de på förhand vet omfattar båda synsätten. SBU bedömer att panelens sammansättning omfattar de båda perspektiven, om än i olika stor omfattning.

SBU noterar vidare att studiens påståenden utgår från klinisk expertis och erfarenhet, men motiveras med argument och referenser. Författarna förklarar avsaknaden av litteratursökning i studien med rimliga argument och i bearbetningen av paneldeltagarnas svar ges större tyngd åt argument där deltagarna visar att svaren är förankrade i forskning. SBU har inte granskat referenserna till påståendena, men konstaterar att för påstående två så får man, utifrån deras titlar, ingen ledtråd till vilka avvikelser inom

beteende eller psykiatriska symtom som avses. Därmed är det en stor och heterogen grupp av barn och ungdomar som kan avses när man rekommenderar att dessa avvikelser och symptom ska vara grund för remiss till logoped. SBU noterar att författarna inte diskuterar eller problematiserar detta. SBU menar också att det vore rimligt att även väga in vuxnas oro (påstående 1) och varningsflaggor (påstående 9) för att få en helhetsbild vid identifikation av vilka barn som behöver extra stöd.

Efter genomförd granskning bedömer SBU att studien har låg risk för bias och att den därmed kan utgöra ett gott vetenskapligt underlag i det nationella hälsoprogrammet för barn och unga.

Iterering av frågebatteri utifrån CATALISE-påståenden

Frågebatteriet i det aktuella kunskapsstödet är baserade på dessa påståenden framtagna av CATALISE-konsortiets definierade tecken på avvikande språkutveckling från fem år och uppåt, men är i sin nuvarande form inte ett standardiserat och validerat screeninginstrument. Utöver påståendena i CATALISE har frågeformulär som används på andra håll studerats. Dessa är *20 spørsmål om språkfärdigheter* från norska Statped [14], *SLS Screener för Language and Literacy Disorders* [15] och *Children Communication Checklist (CCC-2)* [16].

Frågebatteriet har itererats från CATALISE på uppdrag av det nationella hälsoprogrammet för barn och ungas projektgrupp för utvecklingsuppföljning. Arbetet har letts av sakkunnig logoped, PhD och docent Ketty Andersson, i samarbete med Agneta Fröjdman, sakkunnig regional samordnare för elevhälsans medicinska insats i Västmanland och representant för Sveriges skolsköterskor, samt skolläkare, barnläkare och docent Josef Milerad. Skolpsykolog, PhD Petri Partanen har också bidragit i framtagandet.

Fördjupad bakgrund

Språk- och kommunikationsutveckling

Barns och ungas språkliga och kommunikativa utveckling behöver följas och stödjas, då förmågan att använda språket väl och att kunna kommunicera påverkar barnets hälsa och livskvalitet. Mer specifikt är graden av språklig och kommunikativ förmåga relaterad till självkänsla, relationer, möjlighet att ta till sig samhällsinformation, skolgång och framtida arbetsliv [3, 17, 18]. Ur ett hälsoperspektiv är språk och kommunikation centrala förmågor att bemästra, då de har en direkt koppling till hur barnet kan uttrycka åsikter, känslor och behov, samspela med

omgivningen och inhämta information samt ta del av undervisning. Att barn får möjlighet att kommunicera och uttrycka sina åsikter är dessutom en grundläggande rättighet enligt barnkonventionen och konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning [19, 20].

Det är därför angeläget att identifiera barn med riskfaktorer för en ogynnsam språk- och kommunikationsutveckling, så att stöd kan sättas in i förebyggande och hälsofrämjande syfte. Det är också angeläget att identifiera barn vars kommunikation och språk inte följer en förväntad utveckling, så att insatser kan ges i ett tidigt skede, detta är en aktuell prioritering som aviserats av den nuvarande regeringen genom uppdraget om ett nationellt hälsoprogram för barn och unga [21].

Under barnets första fem år följs *Rikshandboken i barnhälsovård* [22], med undersökningsintervall som motsvarar de tidiga språkliga milstolparna. De barn som utmärker sig vid en eller flera av utvecklingsuppföljningarna kan behöva ytterligare undersökningar, utredning och insatser. En avvikande språkutveckling kan bero på att barnet fått bristande språklig stimulans på svenska eller på sitt eller sina modersmål. Den kan också bero på hörselnedsättning, eller på någon utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning som påverkar språk- och kommunikationsförmågan, till exempel intellektuell funktionsnedsättning, autism eller språkstörning.

Vad är språk och kommunikation?

Med språk och kommunikation avses barnets och ungdomens förmåga att uttrycka och förstå egna och andras tankar, känslor och idéer. Det finns flera olika sätt att kategorisera och beskriva hur ett språk är uppbyggt. Ett vanligt sätt är att dela in språket i tre olika områden: form, innehåll och användning. De här områdena samspelar och överlappar varandra. Varje del är viktig och beskriver både hur vi förstår, uttrycker och använder talat och skrivet språk och även icke-verbala kommunikativa signaler som kroppsspråk, mimik och gester i samspel med andra. Barnets utveckling inom dessa olika områden noteras under de första månaderna och åren genom språkundersökning och screening i samband med de regelbundna besöken på barnavårdscentral [22].

Det internationella konsensusdokumentet CATALISE [1] är ett arbete som syftar till att hitta en professionell samsyn om vilka barn med språkliga svårigheter som behöver stöd av specialister. CATALISE involverar 59 forskare och kliniker från yrkesgrupperna logoped, psykologer, psykiatriker, pediatriker, audionomer och specialpedagoger, samt representanter från patientföreningar, med deltagare från Storbritannien, Irland, USA, Canada, Nya Zeeland och Australien. CATALISE beskriver vilka språkliga och kommunikativa förmågor som bör beaktas under barndomen och när svårigheterna bör bedömas hos logoped [1, 2]. Föreliggande frågebatteri utgår från de språkliga områden som beskrivits i konsensusdokumentet CATALISE.

Skolåren

För att ett barn ska kunna utveckla ett fungerande skolspråk krävs att barnet har en god grund att stå på i sitt vardagsspråk. Olika studier har dock uppmärksammat att ordförrådet skiljer sig väldigt mycket mellan barn redan i sexårsåldern och att faktorer som flerspråkighet, föräldrars utbildningsnivå, skoldistriktets socioekonomiska förhållanden och om barnen går på fritids har en tydlig påverkan på deras språkliga förmåga [23]. Det är också känt att barn som har en sen språkutveckling vid 2,5-årskontrollen oftast uppfyller kriterierna för en språkstörningsdiagnos vid skolstart och att ytterligare utvecklingsrelaterade diagnoser ofta ställs senare under uppväxten [24, 25].

Efter barnhälsovården genomför inte skolsköterskan rutinmässiga kartläggningar av språk och kommunikation. Förskollärare och lärare gör översiktliga kartläggningar av delar av språkutvecklingen i samband med de obligatoriska kartläggningsmaterialen och bedömningsstöden inom ramen för Läsa-skriva-räkna-garantin, i syfte att identifiera elevers stödbehov [26]. Rutiner för stöd och kartläggning för att främja språkförmåga, förebygga svårigheter och ta kontakt med elevhälsans medicinska insats för en remiss till specialist för fortsatt utredning varierar mellan kommuner. Detta gör att det skiljer sig i Sverige både hur språk- och kommunikationsutvecklingen följs, vilket stöd för språket som skolelever får, och när svårigheter uppmärksammas och utreds. Föreliggande frågebatteri möjliggör en fortsatt uppföljning av språkutvecklingen under skolåren.

Pedagogiska kartläggningar inom skolan

En modell för att främja och förebygga svårigheter inom språk-, läs- och skrivförmågan som förordas av många svenska och internationella forskare inom logopedi och pedagogik är *Response To Intervention*, RTI [27-29]. Den grundläggande tanken med RTI är att, så långt det är möjligt, förebygga elevers svårigheter och misslyckanden. De barn som möter utmaningar identifieras tidigt och stöd sätts in. Ett flödesschema för att identifiera läs- och skrivsvårigheter som bygger på RTI-modellens tankesätt har tagits fram av Svenska Dyslexiföreningen. Modellen utgår från ett främjande och förebyggande arbete i form av språk-, läs- och skrivutvecklande aktiviteter med alla elever, och följs av återkommande screeningar för att de elever som behöver det ska få fortsatt stöd. Svårbedömda elever och elever som inte svarar på träningen ska enligt Dyslexiföreningen remitteras till specialistkompetens [30]. En annan modell för att främja språkutveckling, förebygga svårigheter och identifiera barn och ungdomar som behöver en fördjupad utredning är dynamisk bedömning [31, 32]. Dynamisk bedömning är ofta särskilt användbar som metod för att kartlägga och stödja språkförmågan när det gäller flerspråkiga och nyanlända barn och ungdomar där statiska test och kartläggningar kan bli missvisande.

I konsensusdokumentet CATALISE rekommenderas utredning av tal, språk och/eller kommunikation bland annat när språkutveckling eller lärande inte går framåt trots stöd i förskola eller skola, eller när barn har ett problemskapande beteende, andra neuropsykiatriska svårigheter eller svårigheter att lyssna, samt när skolbarn har svag läsförståelse. Detta eftersom forskning visar att det finns en hög förekomst av oupptäckt språkstörning i dessa grupper [1, 2, 33].

Språkstörning (DLD)

Svårigheter med språk och kommunikation kan innebära att man uppfyller kriterierna för diagnosen språkstörning. I det internationella klassifikationssystemet ICD-11 [12] och i de senaste årens vetenskapliga arbeten inom området används begreppet DLD. DLD står för Developmental Language Disorder, som på svenska kan översättas med utvecklingsrelaterad språkstörning. Utvecklingsrelaterad språkstörning innebär att det inte finns någon känd orsak till språkstörningen, det vill säga att språkstörningen inte är förvärvad efter till exempel en hjärnskada, och inte heller associerad med ett känt biomedicinskt tillstånd, utan att den framträder under utvecklingens gång. När de språkliga svårigheterna är associerade med intellektuell funktionsnedsättning eller autism används begreppet Language Disorder, LD [1, 2, 34]. Begreppet *språkstörning* är ett vidare begrepp än DLD, eftersom det omfattar både utvecklingsrelaterade och förvärvade tillstånd. DLD förekommer hos cirka 7,5 procent av barn i 4–5 års ålder, och LD hos cirka 2,5 procent, vilket innebär en sammantagen prevalens för diagnosen språkstörning på cirka 10 procent [35]. I Kunskapsstödet kommer fortsatt begreppet DLD att användas.

DLD är en av de vanligaste funktionsnedsättningarna hos barn och förekommer isolerat eller samtidigt som andra utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar. En avvikande språkutveckling upptäcks ofta tidigt i livet, till exempel i samband med den språkliga screeningen vid 2,5-årsbesöket eller 4-årsbesöket på barnavårdscentral. Det internationella konsortiet CATALISE rekommenderar dock att diagnosen ställs tidigast vid 4 års ålder [1]. I dagsläget används ingen nationell standardiserad screeningmetod för bedömning av språkutvecklingen vid 4-årsbesöket på BVC. I en del regioner används Språkfyran [36].

Det är viktigt att identifiera barn med barnavårdscentral, eftersom det är en vanligt förekommande utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning som kan vara svår att upptäcka och som har stor påverkan på barnets vardag, inlärning och sociala kontakter. Barn och unga med DLD riskerar i större utsträckning än andra att drabbas av mobbning, övergrepp eller på andra sätt bli utnyttjade [37]. De riskerar också att i högre utsträckning än andra själva utöva våld och begå brott [3]. DLD kvarstår ofta genom livet, men utredning, stöd och anpassningar kan ha stor påverkan på vilka konsekvenser en avvikande språkutveckling får för individen [38-41].

Stödinsatser kan förbättra prognosen vid DLD [42-44]. Det är därför angeläget att avvikelser i tal-, språk- och kommunikationsutveckling upptäcks tidigt och att föräldraord tas på allvar.

Grav språkstörning identifieras ofta under småbarnsåren [45] medan måttliga eller lindriga språkliga svårigheter blir tydliga senare under uppväxten. Ibland uppmärksammas DLD först i skollåldern, i samband med läsinläringen, under mellan- eller högstadiet när ökade krav ställs på språk-, läs- och skrivförmågan i olika skolämnen, eller ännu senare i livet när kraven på läsförståelse och muntlig och skriftlig uttrycksförmåga ökar. Ibland, men inte alltid handlar det om ungdomar som haft svårigheter med till exempel uttal eller meningsbyggnad under småbarnsåren, men som sen tycks ha "kommit ikapp" sina jämnåriga. Det är därmed viktigt att fortsätta följa barns och ungdomars språkutveckling under skollåren [46].

Enligt olika befolkningsstudier förekommer DLD ungefär i samma utsträckning hos både pojkar och flickor, men i kliniska grupper så är DLD vanligare hos pojkar. Det är framför allt pojkar som kommer till utredning, precis samma förhållande som gäller för andra symtomdiagnoser som till exempel adhd och autism [47]. Att uppmärksamma flickor med DLD eller andra utvecklingsrelaterade diagnoser är en viktig prioritering inom skola, hälso- och sjukvård samt i kontakter med socialtjänsten.

Prevalens och etiologi

DLD diagnostiseras vanligtvis innan skolstart och förekommer hos cirka 7,5 procent av barn i 4–5 års ålder, och LD hos cirka 2,5 procent vilket innebär en sammantagen prevalens för diagnosen språkstörning på cirka 10 procent [35].

De språkliga svårigheterna kan inte förklaras av graden av stimulans och exponering och inte heller av flerspråkighet. Föräldrar och syskon till individer med DLD har i högre grad själva diagnosen, men även dyslexi och andra inlärningssvårigheter, än vad man finner i befolkningen i övrigt, vilket indikerar att ärftliga komponenter är en orsak till att DLD förekommer hos en individ [48-51].

Samförekomst

DLD samförekommer ofta med talstörningar både hos små barn [52] och barn i skollåldern [53]. En annan vanligen samförekommande funktionsnedsättning är dyslexi [54], där elever med både dyslexi och DLD kan ha extra stora utmaningar i form av nedsatt språkförståelse och/eller fonologiska svårigheter som påverkar läs- och skrivinläringen. Även gällande barn med hörselnedsättning är samförekomsten med DLD högre än i populationen i övrigt [55].

Det är vanligt att barn med adhd också uppfyller kriterierna för DLD [56-58] och det finns studier som rapporterar risk för överdiagnostisering av adhd hos barn som egentligen har DLD [59-61]. Eftersom samförkomsten är så hög mellan adhd och DLD, och DLD utgör en extra belastning för individer med adhd så är det viktigt att barn och ungdomar som utreds för adhd också får en logopedisk bedömning av tal, språk och kommunikationsförmågor för att rätt stöd ska kunna sättas in.

Hos individer med intellektuell funktionsnedsättning är både språklig förståelse och uttrycksförmågor negativt påverkade jämfört med jämnåriga barn med typisk utveckling. Vid autism är de bristande kommunikativa funktionerna ett av kärnsymptomen [12]. Kunskapen om samförkomst mellan DLD och andra utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar är viktigt för de professioner som möter dessa barn [61, 62].

Utredning vid misstanke om DLD

Logopeder är den yrkesgrupp som utreder, diagnostiserar och ger stöd och insatser till individer med DLD. Logopeder är dock inte en lagstadgad yrkesgrupp inom elevhälsan, utan majoriteten finns i regionen. 2025 publicerades en nationell kartläggning kring det stöd som ges till barn och ungdomar med DLD i Sveriges regioner och kommuner. Kartläggningen visade att hälften av alla Sveriges kommuner har logoped anställd inom pedagogisk verksamhet. I många fall jobbar logopeden mot flera grundskolor och i flera fall även mot anpassad grundskola eller förskola. Dessa uppdrag beskrivs ofta som huvudsakligen inriktade mot hälsofrämjande och förebyggande insatser snarare än individriktade, utredande och behandlande åtgärder [7].

Det finns stora brister i kunskap om DLD inom skolan [3, 63, 64] och även stora brister i förutsättningarna att ge adekvat stöd till elever med DLD [65]. DLD är starkt kopplat till skolmisslyckande, vilket i sig innebär ökad risk för låg självkänsla, psykisk ohälsa, utanförskap, arbetslöshet och kriminalitet. Det är angeläget att barn och elever med DLD både identifieras och får hjälp och stöd utifrån sin individuella profil av styrkor och svårigheter. Både för att utveckla sin språkliga förmåga och för att kunna kompensera för de hinder för inlärning som uppstår i mötet med den komplexa språkmiljö som skolan och undervisningen utgör. Att eleven själv känner till och förstår sin funktionsnedsättning är en viktig del i detta [66-69].

Konsekvenser av DLD

DLD innebär att språkliga förmågor inte utvecklas så som hos jämnåriga individer och kännetecknas av svårigheter inom språklig förståelse, och/eller uttrycksförmåga samt vid användning av språk i kommunikativt syfte. Dessa svårigheter framträder under tidig barndom och kvarstår ofta genom livet

vilket framgår i *The Manchester Language Study* [70]. Hur språkstörningen yttrar sig, och vilka områden som främst påverkas ändras i takt med att barnet växer.

DLD innebär en ökad risk för inlärningssvårigheter, framför allt i form av nedsatt läsförståelse eller dyslexi, men även matematiska svårigheter [71, 72]. Läs- och skrivförmåga är centralt i skolans alla ämnen. DLD har i hög grad en negativ inverkan på ett barns möjligheter att nå skolans kunskapskrav och att få godkända betyg [5, 6].

För barn med svår DLD är de språkliga utmaningarna i skolan tydliga redan från skolstart. För andra blir svårigheterna tydliga efter hand när de språkliga kraven i undervisningen ökar med stigande årskurser. Det kan gå bra att följa undervisningen på lågstadiet. På mellanstadiet börjar det bli svårt för många elever med mild eller måttlig DLD att följa med. Skillnaden i språklig förmåga, mellan barn med DLD och andra jämnåriga ökar med tiden [73].

Det är vanligt att DLD får långtgående konsekvenser för barnet, till exempel ökad risk att hamna utanför i leken eller att bli retade. Barn och ungdomar med DLD har också en ökad risk för psykisk ohälsa jämfört med jämnåriga med typisk utveckling [74-76]. Det är vanligare med sociala svårigheter och problembeteenden [75] och de utsätts också för mobbing i högre utsträckning än jämnåriga utan DLD [3, 77]. Andra hälsorelaterade områden som är vanligare hos barn med DLD jämfört med jämnåriga är svårigheter med sömn och upplevelser av stress [78-80].

Studier av äldre barn med DLD visar att vissa riskerar få psykosociala problem [35, 75, 76, 81], inlärningssvårigheter [5, 82] och på längre sikt påverkas skolprestation och yrkesval [5, 47].

Flera omfattande longitudinella studier på barn och ungdomar med DLD har visat att individer med nedsatt språklig förmåga har en förhöjd risk för psykisk ohälsa i form av ångest och depression [73, 83], en lägre livskvalitet än de med goda språkliga förmågor, och även en högre sannolikhet för försämrad utveckling av livskvaliteten över tid [46].

Därför behövs fortsatt stöd och uppföljning också av skolbarn med DLD i större utsträckning än vad som kan erbjudas idag.

Del 6: Deltagare i arbetet med kunskapsstödet

Projektgrupp

Projektleddning

Marika Habbe	Projektleddare, Socialstyrelsen
Linda Backman	Vetenskaplig projektleddare, Socialstyrelsen
Veronica Anjou	Vetenskaplig projektleddare, Socialstyrelsen
Margareta Hedner	Metodstöd, Socialstyrelsen

Projektmedarbetare

Sarah Granberg	Specialpedagogiska skolmyndigheten, SPSM
Åsa Elebring	Skolverket
Liv Thalén	Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU

Sakkunniga och referenspersoner

Ketty Andersson	Logoped, Docent, Lunds Universitet
Agneta Fröjdman	Skolsjuksköterska, samordnare EMI, Västmanland
Josef Milerad	Skolläkare, barnläkare, DocentKarolinska Institutet
Petri Partanen	Skolpsykolog, specialist i pedagogisk psykologi, PhD, Mittuniversitetet Östersund, University Collage London, UK

Andra medverkande

Annika Björklund Sjöstrand	Jurist, Socialstyrelsen
Johanna Fransson	Jurist, Socialstyrelsen
Tarja Keskimäula	Jurist, Socialstyrelsen

Rekommendationsgrupp

Deltagare

Carina Aronsson	Logoped, verksamhetschef, Logopedbyrån Dynamica, Stockholm
Sara Burge	Specialistlogoped inom språk, Region Stockholm
Linnea Cooke	Skollogoped, specialistlogoped inom språk, Mjölby kommun
Alicia Eriksson	Speciallärare, specialpedagog, Karlskoga kommun
Charlotta Mosesson	Förstelärare, SPSM, Stockholm
Helena Oliv	Specialistlogoped inom språk, Region Stockholm
Eva Nordin Olsson	Skolläkare, distriktsläkare, Mora kommun, Region Dalarna
Evelina Plantin	Skolkurator, Sundbybergs stad
Helena Ramund Norén	Speciallärare, förstelärare, Uppsala kommun
Anna-Karin Söderström	Skolläkare, eget företag, Södertälje
Marie Wahlman	Medicinskt ledningsansvarig skolsköterska, Uppsala kommun
Malin Åström	Skollogoped, Sollefteå kommun
Mirjam Öster Cattu Alves	Skollogoped, Skellefteå kommun

Referenser

1. Bishop DV, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T. CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. PLoS One. 2016; 11(7):e0158753.
2. Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. J Child Psychol Psychiatry. 2017; 58(10):1068–80.
3. Socialstyrelsen. Kunskapsläget kring förekomst och konsekvenser av språkstörning för normalbegåvade unga och vuxna i ett livsperspektiv. <https://kunskapsguiden.se/globalassets/globala-block/funktionshinder/sprakstorning/konsekvenser-av-sprakstorning.pdf>; 2019. Report No.: 5.7.-38505/2019.
4. Hur klarar sig NPF-elever i svensk skola? 2022. Hämtad 2026 2026-05-04 från: <https://www.rattentillutbildning.se/statistik/>
5. Conti-Ramsden G, Durkin K, Simkin Z, Knox E. Specific language impairment and school outcomes. I: identifying and explaining variability at the end of compulsory education. Int J Lang Commun Disord. 2009; 44(1):15–35.
6. Sandgren O, Sahlén B, Samuelsson C, Ekström A. Predictors of academic achievement and educational support for adolescents with developmental language disorder (DLD). Child Language Teaching and Therapy. 2025; 41(2):129–41.
7. NPO. Kartläggning av tillgång till logopediska insatser för barn och ungdomar med språkstörning (DLD); 2025 2025–12–01.
8. Conti-Ramsden G, Durkin K, Toseeb U, Botting N, Pickles A. Education and employment outcomes of young adults with a history of developmental language disorder. Int J Lang Commun Disord. 2018; 53(2):237–55.
9. Winstanley M, Webb RT, Conti-Ramsden G. More or less likely to offend? Young adults with a history of identified developmental language disorders. Int J Lang Commun Disord. 2018; 53(2):256–70.
10. Sandgren OH, M. . CATALISE: Bedömning och identifiering av språkstörning hos barn. 2017. Hämtad 2026 2026-03-08 från:
11. Skolverket. Extra anpassningar, särskilt stöd och åtgärdsprogram. 2026. Hämtad 2026 2026-05-04 från: <https://www.skolverket.se/styrning-och-ansvar/regler-och-ansvar/ansvar-i-skolfragor/extra-anpassningar-sarskilt-stod-och-atgardsprogram>
12. American psychiatric association. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2022.

13. McArthur A, Klugárová J, Yan H, Florescu S. Innovations in the systematic review of text and opinion. *JBİ Evidence Implementation*. 2015; 13(3):188–95.
14. Statped. 20 spørsmål om språkferdigheter. 2025. Hämtad 2026-03-08 från: <https://www.statped.no/ressurser-og-verktoy/ressurser/20-sporsmal-om-sprakferdigheter/>
15. Wolf Nelson N, Howes, B. M., Anderson, M. A. SLS screener for Language and Literacy Disorders. 2025. Hämtad 2026-03-08 från: https://brookespublishing.com/product/sls/?srsId=AfmBOorsPeNM4GoONQ_9SYpl_NhXwUSicD42ScCWjTZUnTMOXNawSdAy
16. Bishop DCCC, CCC-2. Children Communication Checklist, CCC-2. 2003. Hämtad 2026-03-08 från: https://www.pearsonclinical.se/cc-2?srsId=AfmBOooD_-XIJwn6DWlAGAQXqAGcwVCaLpU8Ix6PttzGJ27xVj4Y3p1m
17. Fäldt A. Targeting toddlers' communication difficulties at the Swedish child health services – a public health perspective [Doctoral thesis, comprehensive summary]. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2020.
18. Ziegenfusz S, Paynter J, Flückiger B, Westerveld MF. A systematic review of the academic achievement of primary and secondary school-aged students with developmental language disorder. *Autism Dev Lang Impair*. 2022; 7:23969415221099397.
19. FN. FN:s konvention om barnets rättigheter. 2009. Hämtad 2026-04-13 från: <https://unicef.se/barnkonventionen>
20. FN. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. 2008. Hämtad 2026-04-20 från: <https://mrinstitutet.se/manskliga-rattigheter/konventioner-och-stadgor/konventionen-om-rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning>
21. Socialstyrelsen. Slutrapport – Förstudie avseende ett nationellt hälsoprogram för barn och unga. 2022.
22. Fäldt A. Språkundersökning och språkscreening. 2024-07-23 uppl. Rikshandboken.se; 2024.
23. Andersson K, Hansson K, Rosqvist I, Lyberg Åhlander V, Sahlén B, Sandgren O. The Contribution of Bilingualism, Parental Education, and School Characteristics to Performance on the Clinical Evaluation of Language Fundamentals: Fourth Edition, Swedish. *Frontiers in Psychology*. 2019; Volume 10 - 2019.
24. Miniscalco C, Hagberg B, Kadesjö B, Westerlund M, Gillberg C. Narrative skills, cognitive profiles and neuropsychiatric disorders in 7-8-year-old children with late developing language. *Int J Lang Commun Disord*. 2007; 42(6):665–81.

25. Conti-Ramsden G, Botting N, Simkin Z, Knox E. Follow-up of children attending infant language units: outcomes at 11 years of age. *Int J Lang Commun Disord.* 2001; 36(2):207–19.
26. Skolverket. Skolverket. Garanti för tidiga stödinsatser. 2026. Hämtad 2026-03-08 från: <https://www.skolverket.se/skolutveckling/leda-och-organisera-skolan/ge-extra-stod-till-elever/lasa-skriva-rakna---garanti-for-tidiga-insatser>
27. Fuchs D, Fuchs, LS. Introduction to response to intervention: What, why, and how valid is it? . *Reading research quarterly* 2006; 2006; 41(1):93-99.(41):93–9.
28. Nilvius C. Response to Intervention - en specialdidaktisk modell för att förebygga lässvårigheter Från samlat forskningsläge till tillämpning i svensk skolkontext Response to Intervention - a special didactic model for preventing reading difficulties From overall research mode to application in the Swedish school context; 2022.
29. Ebbels SH, McCartney E, Slonims V, Dockrell JE, Norbury CF. Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *Int J Lang Commun Disord.* 2019; 54(1):3–19.
30. Dyslexiföreningen. Modell för utredning av läs-och skrivsvårigheter 2021.
31. Wagner RK, Compton DL. Dynamic assessment and its implications for RTI models. *J Learn Disabil.* 2011; 44(4):311–2.
32. Grigorenko EL. Dynamic assessment and response to intervention: two sides of one coin. *J Learn Disabil.* 2009; 42(2):111–32.
33. Heidlage JK, Cunningham JE, Kaiser AP, Trivette CM, Barton EE, Frey JR, et al. The effects of parent-implemented language interventions on child linguistic outcomes: A meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly.* 2020; 50:6–23.
34. Archibald L. On the many terms for developmental language and learning impairments. *Discover Education.* 2024; 3.
35. Norbury CF, Gooch D, Wray C, Baird G, Charman T, Simonoff E, et al. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016; 57(11):1247–57.
36. Lavesson A, Lövdén M, Hansson K. Development of a language screening instrument for Swedish 4-year-olds. *International Journal of Language & Communication Disorders.* 2018; 53(3):605–14.
37. Lyons R, Roulstone S. Well-Being and Resilience in Children With Speech and Language Disorders. *J Speech Lang Hear Res.* 2018; 61(2):324–44.
38. Tarvainen S, Stolt S, Launonen K. Oral language comprehension interventions in 1-8-year-old children with language disorders or difficulties: A systematic scoping review. *Autism Dev Lang Impair.* 2020; 5:2396941520946999.

39. Acosta-Rodríguez VM, Ramírez-Santana GM, Hernández-Expósito S. Intervention for oral language comprehension skills in preschoolers with developmental language disorder. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2022; 57(1):90–102.
40. Palle N, Berntsson A, Miniscalco C, Persson C. The effectiveness of phonological intervention in preschool children: a single-subject design study. *Logopedics Phoniatrics Vocology*. 2014; 39(1):19–29.
41. Tarvainen S, Frizelle P, Granroth-Wilding H, Stolt S, Launonen K. Intervention factors associated with efficacy, when targeting oral language comprehension of children with or at risk for (Developmental) Language Disorder: A meta-analysis. *Int J Lang Commun Disord*. 2025; 60(2):e70013.
42. Conti-Ramsden G, Durkin K. What Factors Influence Language Impairment? Considering Resilience as well as Risk. *Folia Phoniatr Logop*. 2015; 67(6):293–9.
43. McGregor KK. How We Fail Children With Developmental Language Disorder. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2020; 51(4):981–92.
44. Ebbels SH, Wright L, Brockbank S, Godfrey C, Harris C, Leniston H, et al. Effectiveness of 1:1 speech and language therapy for older children with (developmental) language disorder. *Int J Lang Commun Disord*. 2017; 52(4):528–39.
45. Westerlund M, Sundelin C. Can severe language disability be identified in three-year-olds? Evaluation of a routine screening procedure. *Acta Paediatrica*. 2000; 89(1):94–100.
46. Joffe VL, Nippold MA. Progress in understanding adolescent language disorders. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2012; 43(4):438–44.
47. Calder SD, Brennan-Jones CG, Robinson M, Whitehouse A, Hill E. The prevalence of and potential risk factors for Developmental Language Disorder at 10 years in the Raine Study. *J Paediatr Child Health*. 2022; 58(11):2044–50.
48. Choudhury N, Benasich AA. A family aggregation study: the influence of family history and other risk factors on language development. *J Speech Lang Hear Res*. 2003; 46(2):261–72.
49. Conti-Ramsden G, Simkin Z, Pickles A. Estimating familial loading in SLI: a comparison of direct assessment versus parental interview. *J Speech Lang Hear Res*. 2006; 49(1):88–101.
50. Flax JF, Realpe-Bonilla T, Hirsch LS, Brzustowicz LM, Bartlett CW, Tallal P. Specific language impairment in families: evidence for co-occurrence with reading impairments. *J Speech Lang Hear Res*. 2003; 46(3):530–43.
51. Kalnak N, Peyrard-Janvid M, Sahlén B, Forssberg H. Family history interview of a broad phenotype in specific language impairment and matched controls. *Genes Brain Behav*. 2012; 11(8):921–7.

52. Eadie P, Morgan A, Ukoumunne OC, Ttofari Eecen K, Wake M, Reilly S. Speech sound disorder at 4 years: prevalence, comorbidities, and predictors in a community cohort of children. *Dev Med Child Neurol*. 2015; 57(6):578–84.
53. Kalnak N, Peyrard-Janvid M, Forssberg H, Sahlén B. Nonword repetition--a clinical marker for specific language impairment in Swedish associated with parents' language-related problems. *PLoS One*. 2014; 9(2):e89544.
54. Rutter M, Caspi A, Fergusson D, Horwood LJ, Goodman R, Maughan B, et al. Sex differences in developmental reading disability: new findings from 4 epidemiological studies. *Jama*. 2004; 291(16):2007–12.
55. Khalsa IK, Chan DK. Hearing Impairment and School Engagement Outcomes in US Children. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*. 2023; 149(12):1091–100.
56. Helland WA, Posserud MB, Helland T, Heimann M, Lundervold AJ. Language Impairments in Children With ADHD and in Children With Reading Disorder. *J Atten Disord*. 2016; 20(7):581–9.
57. Mueller KL, Tomblin JB. Examining the comorbidity of language disorders and ADHD. *Top Lang Disord*. 2012; 32(3):228–46.
58. Sciberras E, Mueller KL, Efron D, Bisset M, Anderson V, Schilpzand EJ, et al. Language problems in children with ADHD: a community-based study. *Pediatrics*. 2014; 133(5):793–800.
59. Cohen NJ, Vallance DD, Barwick M, Im N, Menna R, Horodezky NB, et al. The interface between ADHD and language impairment: an examination of language, achievement, and cognitive processing. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000; 41(3):353–62.
60. Redmond SM. Language Impairment in the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Context. *J Speech Lang Hear Res*. 2016; 59(1):133–42.
61. Nitin R, Shaw DM, Rocha DB, Walters CE, Jr., Chabris CF, Camarata SM, et al. Association of Developmental Language Disorder With Comorbid Developmental Conditions Using Algorithmic Phenotyping. *JAMA Netw Open*. 2022; 5(12):e2248060.
62. Schachinger Lorentzon U, Billstedt E, Gillberg C, Miniscalco C. Persistence of the developmental language disorder diagnosis, neurodevelopmental trajectories and attendance at offered interventions. *Acta Paediatr*. 2025; 114(5):829–37.
63. Andersson E, Fröding, K., Lundgren, M. Vi behöver öka kunskapen om språkstörning – en nationell kartläggning om skolors behov av stöd i arbetet med att möta elever med språkstörning.: Specialpedagogiska skolmyndigheten; 2018.
64. Skolverket. Språkstörning är en vit fläck på kunskapskartan. www.Skolverket.se Skolverket; 2022.

65. SKR. Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2024. En rapport baserad på en enkätundersökning till samtliga kommuner. www.skr.se; 2024.
66. Attention. De borde prata med mig också – Barn med NPF och deras upplevelser av inflytande och delaktighet inom vård och stöd. Stockholm; 2016.
67. Barnombudsmannen. Respekt: barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd : Barnombudsmannen 2016. . Stockholm; 2016.
68. Bringewatt EH. Delivering diagnoses: Parents as translators and withholders of children's mental health diagnoses. *Journal of Child and Family Studies*. 2017; 26(7):1958–69.
69. Stenhammar A, Rinnan, T., & Nydahl, E. . Lyssna på oss! - Bättre stöd när barn och ungdomar är delaktiga : inspirationsbok med exempel från verksamheter runt om i landet. Sundbyberg Handikappförbunden - Arvsfonden 2011.
70. Manchester TUo. The Manchester Language Study. Hämtad 2026 2026-04-20 från: <http://research.bmh.manchester.ac.uk/ldd/research/ManchesterLanguageStudy/>
71. Adlof SM, Hogan TP. Understanding Dyslexia in the Context of Developmental Language Disorders. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2018; 49(4):762–73.
72. Kalnak N, Sahlén B. Description and prediction of reading decoding skills in Swedish children with Developmental Language Disorder. *Logoped Phoniatr Vocol*. 2022; 47(2):84–91.
73. Lancaster HS, Camarata S. Reconceptualizing developmental language disorder as a spectrum disorder: issues and evidence. *Int J Lang Commun Disord*. 2019; 54(1):79–94.
74. Waszczuk MA, Zavos HM, Gregory AM, Eley TC. The stability and change of etiological influences on depression, anxiety symptoms and their co-occurrence across adolescence and young adulthood. *Psychol Med*. 2016; 46(1):161–75.
75. Curtis PR, Frey JR, Watson CD, Hampton LH, Roberts MY. Language Disorders and Problem Behaviors: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2018; 142(2).
76. Botting N, Toseeb U, Pickles A, Durkin K, Conti-Ramsden G. Depression and Anxiety Change from Adolescence to Adulthood in Individuals with and without Language Impairment. *PLoS One*. 2016; 11(7):e0156678.
77. Conti-Ramsden G, Botting N. Social difficulties and victimization in children with SLI at 11 years of age. *J Speech Lang Hear Res*. 2004; 47(1):145–61.
78. Nicola K, Watter P. The comparison of perceived health-related quality of life between Australian children with severe specific language

- impairment to age and gender-matched peers. *BMC Pediatr.* 2018; 18(1):62.
79. Arkkila E, Räsänen P, Roine RP, Sintonen H, Saar V, Vilkinen E. Health-related quality of life of children with specific language impairment aged 8-11. *Folia Phoniatr Logop.* 2011; 63(1):27–35.
 80. Feeney R, Desha L, Ziviani J, Nicholson JM. Health-related quality-of-life of children with speech and language difficulties: a review of the literature. *Int J Speech Lang Pathol.* 2012; 14(1):59–72.
 81. Conti-Ramsden G, Botting N. Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *J Child Psychol Psychiatry.* 2008; 49(5):516–25.
 82. Melby-Lervåg M, Lyster SA, Hulme C. Phonological skills and their role in learning to read: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2012; 138(2):322–52.
 83. Miniscalco C, Nygren G, Hagberg B, Kadesjö B, Gillberg C. Neuropsychiatric and neurodevelopmental outcome of children at age 6 and 7 years who screened positive for language problems at 30 months. *Dev Med Child Neurol.* 2006; 48(5):361–6.

Bilaga 1. SBU Bereder – *Upptäcka språkstörning i åldrarna 6–21 år*

Upptäcka språkstörning i åldrarna 6–21 år

SBU bedömer risk för bias i en konsensusstudie

SBU bedömer risk för bias i studien: Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T, Catalise consortium. CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLOS ONE*. 2016;11(7):e0158753 [1]. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753>

Sammanfattning av slutsatser i konsensusstudien Catalise

När ska ett barn remitteras för utredning eller behandling hos logoped?

Påstående 1: Anledningar till att remittera för utredning eller behandling hos logoped omfattar när föräldrar, vårdnadshavare, lärare eller personal i hälso- och sjukvården uttrycker oro eller bekymmer kring barnets tal, språk eller kommunikation, eller att barnet har bristande utveckling i språk eller skolarbete trots riktat stöd i klassrummet.

Påstående 2: Språkstörning kan förbli oupptäckt. Remiss för språkutredning rekommenderas för barn som uppvisar beteendeavvikelser eller psykiatriska symtom, och för barn med nedsatt läs- eller hörförståelse.

Påstående 9: Från fem års ålder och uppåt kännetecknar följande faktorer en avvikande språkutveckling. Barnet

- a) har svårt att berätta eller återberätta en sammanhängande berättelse,
- b) har svårt att förstå vad hen lyssnar till eller läser (efter lässtart),
- c) har stora svårigheter att följa eller komma ihåg muntliga instruktioner,
- d) talar mycket men har stora svårigheter att delta i ömsesidiga samtal,
- e) tolkar ofta saker bokstavligt, och missar poängen med vad som menas.

I artikeln följer en kommentar i direkt anslutning till varje påstående. Där resonerar författarna om bakgrunden till påståendet och utvecklar argumenten från panelens deltagare, inklusive referenser till forskning.

SBU:s sammanfattande bedömning av studiens kvalitet

SBU bedömer att studien har låg risk för bias, och att påståendena därmed kan anses tillförlitliga. Se Faktaruta 1 för en sammanfattning av de områden som SBU:s bedömning utgår ifrån.

Påstående 1: Författarna rekommenderar att omgivningens oro för symtom rörande barnets tal, språk eller kommunikation ska ligga till grund för remiss till logoped. De argumenterar emot en universell screening av språkstörning: Screeningprogram medför risker för överdiagnostik och undanträngningseffekter. Bland referenserna inkluderar författarna en rekommendation från USA som utifrån en systematisk översikt menar att det inte finns tillräckligt vetenskapligt underlag för att uttala sig om för- och nackdelar med universell screening [2]. SBU noterar att i den uppdaterade amerikanska riktlinjen från 2024 kvarstår slutsatsen [3].

Påstående 2: Författarna säger att de i processen väljer ut och formulerar påståenden i möjligaste mån med hänsyn till att de ska vara förankrade i forskning. De är dock tydliga med att de inte har genomfört någon systematisk litteratursökning som ligger till grund för påståendena. Deltagarna i panelen har uppmuntrats att motivera sina ståndpunkter i omröstningarna och bifoga referenser. I den tillhörande kommentaren för påstående 2 inkluderar författarna referenser för språkstörning hos barn med beteendeavvikelser eller psykiatriska symtom. SBU noterar att författarna inte diskuterar eller problematiserar att barn med någon form av beteendeavvikelse eller psykiatriskt symtom är en stor och heterogen grupp. Vid identifiering av vilka barn som behöver extra stöd är det viktigt med en helhetsbild. Från SBU:s sida vore det rimligt att även väga in vuxnas oro (Påstående 1) och varningsflaggor (Påstående 9).

Påstående 9: Varningsflaggorna syftar till att uppmärksamma personer som arbetar med barn i skolåldern på de olika sätt som språkstörning kan ta sig uttryck. De är inte validerade utan baserade på klinisk erfarenhet. Utöver detta nämner författarna ett ramverk för att utvärdera utveckling i olika färdigheter som krävs i skolan, inklusive språk och kommunikation. I korthet rekommenderar de *inte* att dessa utvärderingar ligger till grund för vilka barn som behöver remiss till logoped. Detta kan vara ett medskick till Arbetsgruppen för språk och kommunikation inom Nationellt Hälsoprogram för Barn och Unga (NHBU), eftersom liknande kartläggningar även används i Sverige, exempelvis *Hitta språket!* [4]

Bakgrund till SBU:s rapport

Odiagnostiserad språkstörning kan få omfattande konsekvenser för bland annat inlärnin g och social samvaro. Kännedom om språkstörning hos skolbarn, tonåringar och unga vuxna är generellt låg. Arbetsgruppen för språk och kommunikation inom NHBUS ka ta fram ett kunskapsstöd för att upptäcka språkstörning i åldrarna 6 – 21 år. Denna rapport utgör ett underlag till arbetsgruppen.

Frågeställningen till SBU var initialt att söka efter sammanställd forskning om screeningtest som kan upptäcka språkstörning hos barn och unga vuxna. SBU genomförde därför en litteratursökning efter systematiska översikter i februari 2025. I Bilaga 1 finns sökstrategin i sin helhet.

Litteratursökningen identifierade inte någon systematisk översikt för screeningtest för barn som var sex år eller äldre. Däremot identifierade vi en systematisk översikt om sensitivitet och specificitet hos screeningtest för yngre barn [5]. Värt att notera är att det fanns test som var normerade även för äldre barn och ungdomar – dock inte på svenska (se *CELF-5 Screening test* i översikten).

Dessutom identifierade vi en amerikansk riktlinje [3] där man avråder från universell screening för språkstörning hos barn som är yngre än sex år (och som inte uppvisar symtom och där omgivningen inte uttrycker oro) på grund av otillräcklig vetenskapligt underlag: Det är oklart om fördelarna med screening skulle överväga nackdelarna.

Utöver dessa identifierade vi en konsensusstudie från 2016 [1], som syftade till att nå en samsyn kring vilka barn med språkliga svårigheter som bör remitteras vidare för utredning och behandling hos logoped. Studien har fått stort genomslag internationellt: Bland annat finns information om den på Kunskapsguiden. Tre av de ingående konsensuspåståenden (nummer 1, 2 och 9) handlar om att upptäcka språkstörning hos barn över fem år.

I föreliggande rapport presenterar SBU sin bedömning av risk för bias i konsensusstudien, med särskilt fokus på ovan nämnda påståenden.

Rapportens upplägg

SBU redogör nedan först för hur studien har genomförts utifrån olika områden som påverkar tillförlitligheten till konsensusstudier. För varje område följer SBU:s bedömning av ifall metoden är tillförlitlig eller om det finns en risk för bias, och i så fall på vilken grund. SBU:s bedömningar står i de gråmarkerade rutorna.

Faktaruta 1 Checklista för bedömning av risk för bias i åsiktsbaserade studier

SBU bedömer studiens metod med utgångspunkt från en checklista [6] som omfattar följande aspekter:

- Är det tydligt vilka personer som står bakom artikeln?
- Har dessa personer relevant expertkunskap eller erfarenhet?
- Är adekvata intressenter involverade i arbetet?
- Finns det intressekonflikter som kan påverka resultatet?
- Beskriver författarna hur de har sökt och sammanställt vetenskaplig litteratur?
- Stämmer resultaten överens med vetenskaplig litteratur?

Studiens frågeställning och metod

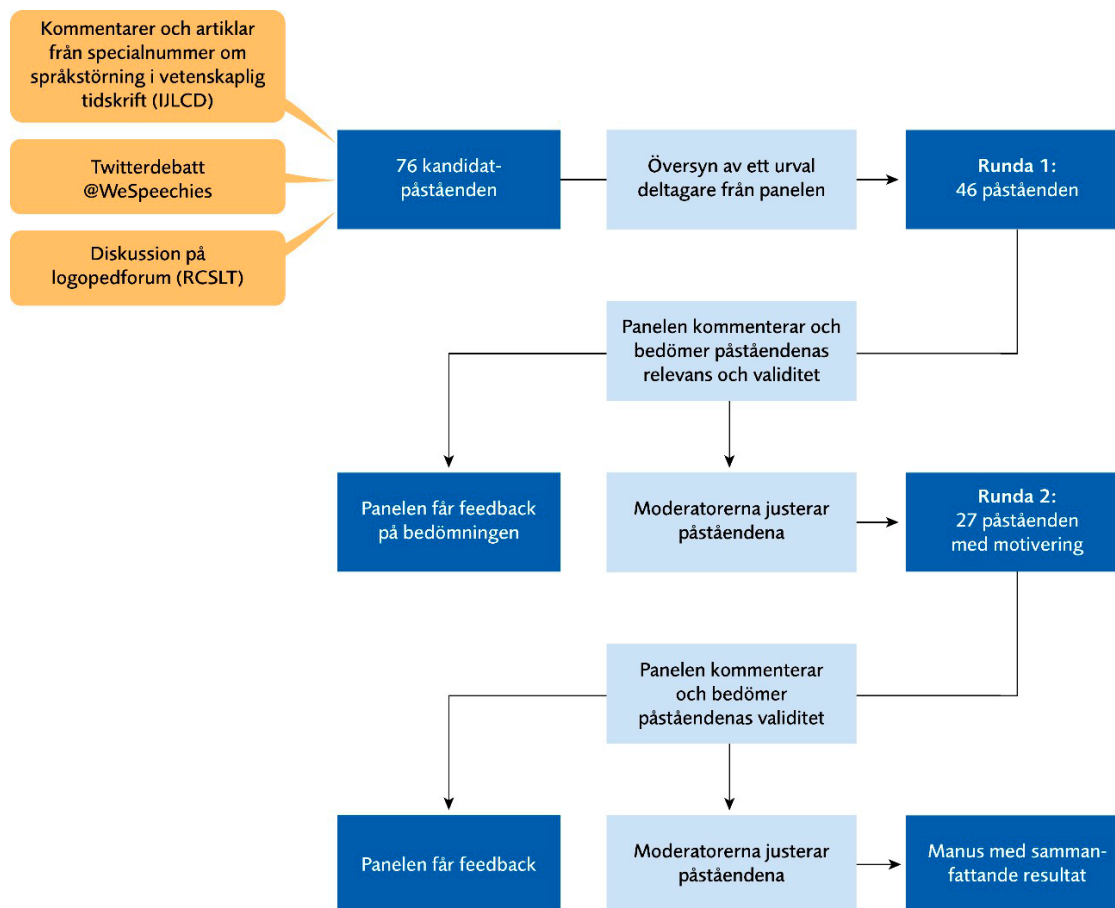
Författarna menar att en grav språkstörning ofta får en negativ inverkan på barnets vardagliga liv, sociala relationer och utbildning. Det är därför viktigt att de får remiss till logoped för utredning och behandling. Författarna menar att diagnoserna i ICD-10 [7] har ett alltför medicinskt perspektiv för att exempelvis lärare ska acceptera dem. Syftet med studien är att skapa en bred konsensus kring kriterier för att remittera barn till logoped som kan accepteras av både medicinsk och pedagogisk personal.

Studien är en konsensusstudie som använder sig av en delfi-metod online där en panel av expertdeltagare får ta ställning till ett antal påståenden. I korthet innebär metoden att en panel av inbjudna deltagare, var för sig, får ta ställning till om de håller med om ett eller flera påståenden. Därefter sammanställer moderatorerna svaren, gör eventuella justeringar i påståendena, och skickar ut dem på nytt till samma panel. Deltagarna har då möjlighet att ändra sin ståndpunkt utifrån övriga deltagares synpunkter. Målet är att panelen ska enas om ett eller flera påståenden. Figur 1 visar en kort sammanfattning av hur processen har gått till.

SBU:s bedömning av studiens lämplighet för att besvara forskningsfrågan

SBU bedömer att metodvalet är lämpligt, att författarna är medvetna om de begränsningar som studietypen medför, och att de i möjligaste mån försöker hantera dessa i processen. De är noggranna och motiverar metodvalen transparent. Det är lätt för en läsare att följa hur studien har genomförts, eftersom metoden beskrivs utförligt. I bilagorna till studien kan läsaren följa hur påståendena har utformats och paneldeltagarnas svar.

Figur 1 Sammanfattning av konsensusförfarandet i Catalise-studien



Studieförfattarnas bakgrund

Studien har fyra författare. Två är logopeder med expertkompetens inom språkstörning hos barn och unga. De utgör delfi-processens moderatorer och ansvarar för att rekrytera deltagare till panelen, formulera initiala påståenden, revidera dessa mellan omgång ett och två, samt formulera de slutliga påståendena. De andra två författarna saknar ämneskunskap om språkstörning. Den ena ansvarar för studiens metod och den andra för databearbetning.

SBU:s bedömning av risk för bias avseende författarnas bakgrund

SBU delar författarnas resonemang att de minskar risken för snedvridna resultat genom studiens upplägg. Det behövs personer med ämneskunskap som kan driva arbetet med att formulera påståendena, medan personer utan ämneskunskap och därmed färre förutfattade meningar i sakfrågorna är lämpliga för att ansvara för metod och databearbetning.

Urval av deltagare till panelen och validering av resultat

Till panelen rekryterar moderatorerna deltagare från sex engelskspråkiga länder. De eftersträvar en spridning avseende kön och etnicitet, men väljer att ha en övervikt av logopeder och personer från Storbritannien. Författarna tillfrågar samtliga personer som publicerat bidrag till ett specialnummer av tidskriften *International Journal of Language & Communication Disorders* (IJLCD) som syftade till att skapa debatt om språkstörning [8], och kompletterar med ytterligare några personer. Panelen omfattar logopeder, psykologer, skolpsykologer, barnläkare, psykiater, audiolog, speciallärare samt representanter från brittiska välgörenhetsorganisationer vars syfte är att stötta barn med språkstörning och deras familjer. Totalt ingår 59 personer i panelen. Av dessa uppger 10 att de har ett barn eller nära familjemedlem med språkstörning. I artikeln redovisar man paneldeltagarnas namn och arbetsplats, antal år i yrket och om deltagaren undervisar eller forskar.

SBU:s bedömning av risk för bias avseende urval av paneldeltagare och validering av resultat

Författarna motiverar val av sammansättningen av panelen utifrån studiens syfte. Därutöver är de tydliga i sin diskussion att resultaten hade kunnat se något annorlunda ut ifall panelen bestått av andra deltagare.

För att validera svaren från första konsensusrundan utför författarna en hierarkisk klusteranalys. I klusteranalysen konstaterar de att det inte syns någon koppling mellan vare sig en persons land eller profession i hur de har svarat på påståendena.

Ser man till vilka som studiens resultat ska gagna, saknas förankring av resultaten hos barn och unga med språkstörning – även om föräldrar är representerade. Ur ett svenskt perspektiv skulle det kunna ha varit lämpligt med fler representanter från elevhälsan: Organisationen av skola och elevhälsa skiljer sig mellan Sverige, där ytterst få förskolor och skolor har logopeder anställda, och exempelvis Storbritannien, där ett nära samarbete mellan logopeder och lärare är mer vanligt förekommande.

Möjliga intressekonflikter bland paneldeltagarna

Inledningsvis resonerar författarna kring att det finns en stor oenighet kring terminologin för att diagnostisera språkstörning, och även kring vilka barn som behöver hjälp av logoped. De lyfter upp att en orsak kan vara att de diagnoskriterier som finns i ICD-10 [7] är skapade utifrån ett biomedicinskt perspektiv, men att upptäcka språkstörning hos barn berör såväl personal i skola som hälso- och sjukvård.

Författarna noterar en potentiell intressekonflikt mellan ett medicinskt synsätt på språkstörning där man letar efter specifika orsaker till språkstörningen (ex. bristande auditiv perception, korttidsminne), och ett socialt perspektiv där språkstörningens inverkan på barnets vardag är centralt. Logopeder, som har främsta ansvaret för utredning och behandling av språkstörning, använder ofta den medicinska förklaringsmodellen, medan lärare och skolpsykologer som också kan uppmärksamma språkstörning inte nödvändigtvis accepterar en medicinsk förklaringsmodell av funktionsnedsättning.

SBU:s bedömning av risk för bias avseende möjliga intressekonflikter bland paneldeltagarna

Författarna menar att delfi-studiens upplägg kan skapa en större enighet kring vilka barn som bör remitteras för utredning hos logoped. Genom att deltagarna kommer från både skola och sjukvård vill man överbrygga intressekonflikten mellan ett medicinskt synsätt på språkstörning och ett socialt perspektiv.

SBU bedömer att panelens sammansättning omfattar de båda perspektiven – om än i olika stor omfattning. Vad gäller hur författarna hanterar potentiella intressekonflikter, så är de tydliga med att de rekryterar deltagare till panelen som de på förhand vet omfattar de båda synsätten på språkstörning, eftersom det framkom i specialnumret av IJLCD [8].

Förankring av påståendena i vetenskaplig litteratur

Påstående 1: Anledningar till att remittera för utredning eller behandling hos logoped omfattar när föräldrar, vårdnadshavare, lärare eller personal i hälso- och sjukvården uttrycker oro eller bekymmer kring barnets tal, språk eller kommunikation, eller att barnet har bristande utveckling i språk eller skolarbete trots riktat stöd i klassrummet.

För Påstående 1 skriver författarna i den tillhörande kommentaren att de rekommenderar att oro eller bekymmer för ett barns tal, språk eller kommunikation ska ligga till grund för remiss till logoped, snarare än en universell screening av språkstörning. De menar att ett screeningprogram skulle medföra risker kring överdiagnostik och undanträngningseffekter för de barn som har störst behov. De inkluderar referenser som stödjer påståendet, bland annat en amerikansk riktlinje [2] som menar att det inte finns tillräckligt vetenskapligt underlag för klargöra nytta och risker med universell språkscreening för barn under 5 år, som inte har symtom, och där föräldrar eller hälso- och sjukvårdspersonal inte är bekymrade.

Påstående 2: Språkstörning kan förbli oupptäckt. Remiss för språkutredning rekommenderas för barn som uppvisar beteendeavvikelser eller psykiatriska symtom, och för barn med nedsatt läs- eller hörförståelse.

För Påstående 2 inkluderar författarna referenser som rör oupptäckt språkstörning bland barn med svårigheter inom beteende, läsning och skrivning samt psykiatriska symtom.

Påstående 9: Från fem års ålder och uppåt kännetecknar följande faktorer en avvikande språkutveckling. Barnet

- a) har svårt att berätta eller återberätta en sammanhängande berättelse,
- b) har svårt att förstå vad hen lyssnar till eller läser (efter lässtart),
- c) har stora svårigheter att följa eller komma ihåg muntliga instruktioner,
- d) talar mycket men har stora svårigheter att delta i ömsesidiga samtal,
- e) tolkar ofta saker bokstavligt, och missar poängen med vad som menas.

Författarna skriver att varningsflaggorna syftar till att uppmärksamma personer som arbetar med barn i skolåldern på de olika sätt som språkstörning kan ta sig uttryck. Varningsflaggorna är dock inte validerade utan baserade på klinisk erfarenhet. I kommentaren resonerar författarna även kring ett engelskt ramverk för att utvärdera barns utveckling i olika skolområden, inklusive språk och kommunikation. I korthet så rekommenderar de *inte* att underlag från dessa utvärderingar ligger till grund för vilka barn som behöver remiss till logoped.

SBU:s bedömning av risk för bias avseende förankring av påståendena i vetenskaplig litteratur

SBU bedömer att konsensusstudien har låg risk för bias avseende Påstående 1, 2 och 9. SBU noterar att studiens påståenden utgår från klinisk expertis och erfarenhet, men motiveras med argument och referenser. Författarna förklarar avsaknaden av litteratursökning med att det finns skilda synsätt på hur barns språkliga svårigheter konceptualiseras, och att det inte är troligt att ytterligare vetenskaplig forskning kan överbrygga de åtskilda synsätten.

I bearbetningen av deltagarnas svar, har författarna gett större tyngd åt argument där deltagarna visar att svaren förankrade i forskning. Författarna är dock tydliga med att detta inte kan jämföras med att genomföra en systematisk litteratursökning eller systematisk översikt för att sammanställa vetenskaplig litteratur för påståendena.

SBU har inte granskat referenserna till påståendena, men konstaterar att för Påstående 2 så får man utifrån deras titlarna ingen ledtråd till vilka avvikelser inom beteende eller psykiatriska symtom som avses. Därmed är det en stor och heterogen grupp av barn och ungdomar som kan avses när man rekommenderar att dessa avvikelser och symtom ska vara grund för remiss till logoped. SBU noterar att författarna inte diskuterar eller problematiserar detta. Vid identifiering av vilka barn som behöver extra stöd är det viktigt med en helhetsbild. Från SBU:s sida vore det rimligt att även väga in vuxnas oro (Påstående 1) och varningsflaggor (Påstående 9).

SBU:s medarbetare

Liv Thalén, projektledare

Lisa Forsberg, samordnare för Nationellt hälsoprogram för barn och unga

Hanna Olofsson, informationsspecialist

Jenny Stenman, projektadministratör

Jenny Odeberg, projektansvarig chef

Referenser

1. Bishop DV, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T, Catalise consortium. CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. PLoS One. 2016;11(7):e0158753. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753>
2. Siu AL, U. S. Preventive Services Task Force. Screening for Speech and Language Delay and Disorders in Children Aged 5 Years or Younger: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Pediatrics. 2015;136(2):e474-81. Available from: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1711>
3. Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmow D, Coker TR, Davis EM, et al. Screening for Speech and Language Delay and Disorders in Children: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2024;331(4):329-34. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.26952>
4. Skolverket. Hitta språket: Nationellt kartläggningsmaterial i språklig medvetenhet i förskoleklass. 2022. DNR 2019:567. Available from: <https://www.skolverket.se/download/18.4ae6cfc118ec099a9971/1712639961137/L%C3%A4rarinformation-2.pdf>
5. Bao X, Komesidou R, Hogan TP. A Review of Screeners to Identify Risk of Developmental Language Disorder. Am J Speech Lang Pathol. 2024;33(3):1548-71. Available from: https://doi.org/10.1044/2023_AJSLP-23-00286
6. McArthur A, Klugarova J, Yan H, Florescu S. Innovations in the systematic review of text and opinion. Int J Evid Based Healthc. 2015;13(3):188-95. Available from: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000060>
7. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
8. Ebbels S. Introducing the SLI debate. Int J Lang Commun Disord. 2014;49(4):377-80. Available from: <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12119>

Bilaga 2. Sökdokumentation till SBU
Bereder – *Upptäcka språkstörning i
åldrarna 6–21 år*

Bilaga 1. Sökdokumentation/Appendix 1 Search strategies

If all or a substantive part of the search strategies below are reused in another publication, please cite this report!

Multi-database searching: Academic Search Premiere (ASP), ERIC, Cinahl, APA PsycInfo via EBSCO 12 February 2025
Title: screening for Developmental Language Disorder (focused search)

Search terms	Items found
Population: developmental language disorder	
1. DE "Specific Language Impairment" OR (MH "Specific Language Impairment")	4,013
2. ("Developmental Language Disorder*" OR DLD OR "Developmental Language Delay and Disorder*" OR "Developmental speech sound disorder*")	4,887
3. 1 OR 2	8,258
Population: 6-20 years	
4. (ZG "school age (6-12 yrs)") or (ZG "adolescence (13-17 yrs)") OR (ZG "child: 6-12 years") or (ZG "adolescent: 13-18 years") OR DE "Elementary School Students" OR DE "Elementary Schools" OR DE "Middle Schools" OR DE "Grade 5" OR DE "Grade 6" OR DE "Grade 7" OR DE "Grade 8" OR DE "Grade 9" OR DE "Middle School Students"	1,821,948
5. TI(child* OR schoolchild* OR adolesc* OR neonat* OR toddler* OR "teen" OR "teens" OR teenager* OR preteen* OR pediatric OR "puberty" OR preschool* OR "juvenile" OR underag* OR "under age" OR "under aged" OR youth* OR kinder* OR pubescen* OR preadolescent* OR prepubescen* OR "prepuberty" OR "school age" OR "schoolage" OR "school ages" OR schoolage* OR "young people" OR "six year old" OR "seven year old" OR "eight year old" OR "nine year old" OR "ten year old" OR "eleven year old" OR "twelve year old" OR "thirteen year old" OR "fourteen year old" OR "fifteen year old" OR "sixteen year old" OR "seventeen year old" OR "eighteen year old" OR "nineteen year old" OR "twenty year old" OR "6 year old" OR "7 year old" OR "8 year old" OR "9 year old" OR "10 year old" OR "11 year old" OR "12 year old" OR "13 year old" OR "14 year old" OR "15 year old" OR "16 year old" OR "17 year old" OR "18 year old" OR "19 year old" OR "20 year old" OR "six years old" OR "seven years old" OR "eight years old" OR "nine years old" OR "ten years old" OR "eleven years old" OR "twelve years old" OR "thirteen years old" OR "fourteen years old" OR "fifteen years old" OR "sixteen years old" OR "seventeen years old" OR "eighteen years old" OR "6 years old" OR "7 years old" OR "8 years old" OR "9 years old" OR "10 years old" OR "11 years old" OR "12 years old" OR "13 years old" OR "14 years old" OR "15 years old" OR "16 years old" OR "17 years old" OR "18 years old" OR "19 years old" OR "20 years old" OR "school-based" OR "whole school" OR "young adult*")	2,646,944
6. 4 OR 5	3,683,361
Screening tests	
7. DE "Screening Tests" OR DE "Tests" OR DE "Diagnostic Tests" OR DE "Diagnosis" OR DE "Concurrent Validity" OR DE "Test Validity"	493,278
8. TI (Screen OR Screening OR instrument OR language test* OR scale OR detect* OR test* OR bayley OR CELF OR TROG) OR AB (Screen OR Screening OR instrument OR language test* OR scale OR detect* OR test* OR bayley OR CELF OR TROG)	10,205,582
9. 7 OR 8	10,442,498
Study types: systematic reviews and meta-analyses	
10. TI((systematic N3 review) OR "meta analys*" OR metaanalys*) OR AB((systematic N3 review) OR "meta analys*" OR metaanalys*) OR SU((systematic N3 review) OR "meta analys*" OR metaanalys*)	729,830
Combined sets:	
11. 3 AND 6 AND 9 AND 10	31

Final result		
12.	3 AND 6 AND 10	194

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

AB = Abstract; **AU** = Author; **DE** = Term from the thesaurus; **EM** = Entry date; **KW** (Available in Academic Search Premiere / SocINDEX / PsycInfo) = Author keyword; **MH** = Exact Subject Heading from CINAHL Subject Headings; **MM** = Major Concept; **RD** = Release date; **SU** = Searches for a part of or an entire subject heading; **TI** = Title; **TX** = All Text. Performs a keyword search of all the database's searchable fields; **ZC** = Methodology Index; * = Truncation; " " = Citation Marks; searches for an exact phrase; # = replaces one or no letters; ? = replaces one letter; **N** = Near Operator (N) finds the words if they are a maximum of x words apart from one another, regardless of the order in which they appear.; **W** = Within Operator (W) finds the words if they are within x words of one another, in the order in which you entered th

Title: Screening for developmental language disorder (focused search)

Search terms		Items found
Population: developmental language disorder		
1.	Specific Language Disorder/ OR Language Development Disorders/	7729
2.	("Developmental Language Disorder*" OR DLD OR "Developmental Language Delay and Disorder*" OR "Developmental speech sound disorder*").ti,ab,kf,bt	3943
3.	1 OR 2	10866
Population: 6-20 years		
4.	Child/ OR adolescent/ or young adult/	3785978
5.	(child* OR schoolchild* OR adolesc* OR neonat* OR toddler* OR "teen" OR "teens" OR teenager* OR preteen* OR pediatric OR "puberty" OR preschool* OR "juvenile" OR underag* OR "under age" OR "under aged" OR youth* OR kinder* OR pubescen* OR preadolescent* OR prepubescen* OR "prepuberty" OR "school age" OR "schoolage" OR "school ages" OR schoolage* OR "young people" OR "six year old" OR "seven year old" OR "eight year old" OR "nine year old" OR "ten year old" OR "eleven year old" OR "twelve year old" OR "thirteen year old" OR "fourteen year old" OR "fifteen year old" OR "sixteen year old" OR "seventeen year old" OR "eighteen year old" OR "nineteen year old" OR "twenty year old" OR "6 year old" OR "7 year old" OR "8 year old" OR "9 year old" OR "10 year old" OR "11 year old" OR "12 year old" OR "13 year old" OR "14 year old" OR "15 year old" OR "16 year old" OR "17 year old" OR "18 year old" OR "19 year old" OR "20 year old" OR "six years old" OR "seven years old" OR "eight years old" OR "nine years old" OR "ten years old" OR "eleven years old" OR "twelve years old" OR "thirteen years old" OR "fourteen years old" OR "fifteen years old" OR "sixteen years old" OR "seventeen years old" OR "eighteen years old" OR "6 years old" OR "7 years old" OR "8 years old" OR "9 years old" OR "10 years old" OR "11 years old" OR "12 years old" OR "13 years old" OR "14 years old" OR "15 years old" OR "16 years old" OR "17 years old" OR "18 years old" OR "19 years old" OR "20 years old").ti,ab,kf,bt	2741048
6.	4 OR 5	4976640
Screening tests		
7.	di.fx OR Mass Screening/ OR Language Tests/	128652
8.	(Screen OR Screening OR instrument OR language test* OR scale OR detect*).ti,ab,kf,bt	4795209
9.	7 OR 8	4828055
Study types: systematic reviews and meta-analyses		
10.	(Systematic Review/ or Meta-Analysis/ or Cochrane Database Syst Rev.ja. or Meta-Analysis as Topic/ or Network Meta-Analysis/ or Technology Assessment, Biomedical/ or Systematic Reviews as Topic/ or ((systematic* adj4 review*) or (systematic* adj4 bibliographic*) or (systematic* adj4 literature) or (comprehensive* adj4 literature) or (comprehensive* adj4 bibliographic*) or (integrative adj4 review) or (integrative adj4 review) or (meta-analy* or metaanaly*) or (information adj3 synthesis) or (data adj3 synthesis) or (data adj3 extract*) or (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not psycinfo database) or web of science or scopus or embase)).ab,bt,ti. or (systematic overview* or systemic review* or scoping review or scoping literature review or mapping review or umbrella review* or review of reviews or overview of reviews or meta-review or integrative overview or meta-synthesis or metasynthesis or quantitative review or quantitative synthesis or meta-ethnography or research synthesis or systematic literature search or systematic literature research or evidence-based review or evidence synthesis).bt,ti. or (research overview* or collaborative review* or collaborative overview* or technology assessment* or technology overview* or technology appraisal* or hta or htas or methodological overview* or methodologic overview* or methodological review* or methodologic review* or quantitative overview*).ab,bt,ti.) NOT (Editorial/ or Letter/ or Case Reports/)	766815
Combined sets		
11.	3 AND 6 AND 9 AND 10	84
Final result		
12.	3 AND 6 AND 10	222

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

.ab. = Abstract; **.ab,ti.** = Abstract or title; **.af.** = All fields; **.bt.** = Book title; **dt** = Create date: **exp** = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy; **.fs.** = Floating sub-heading, does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy; **.kf.** = Author keyword; **.sh.** = Term from the Medline controlled vocabulary; **.ti.** = Title; **.xs.** = Floating sub-heading, includes terms found below this term in the MeSH hierarchy; **/** = Term from the Medline controlled vocabulary, but does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy; ***** = Focus (if found in front of a MeSH-term); *** or \$** = Truncation (if found at the end of a free text term); **.mp.** = Text, heading word, subject area node, title; **" "** = Citation Marks; searches for an exact phrase; **adjn** = Positional operator that lets you retrieve records that contain your terms (in any order) within a specified number (n) of words of each other; **?** = replaces one or no letters; **#** = replaces one letter



Nationellt hälsoprogram för barn och unga – Kunskapsstöd: utvecklingsuppföljning del 1
(artikelnr 2026-8-10387) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.