

Inspel till utredningen från Svenska logopedförbundet angående delbetänkandet God och nära vård – vård i samverkan (SOU 2019:29)

Väl medvetna om att delbetänkandet ”God och nära vård – vård i samverkan” inte skickats på remiss önskar Svenska Logopedförbundet ändå göra ett inspel till utredningen med utgångspunkt från de dialogfrågor som finns i betänkandet och som rör frågor som utredningen fortfarande arbetar med inför slutbetänkandet i mars 2020.

Kapitel 4: Hälso- och sjukvårdens struktur

När och hur påverkar begreppen öppen och sluten vård dig i din vardag?

Patienter med tal-, språk-, kommunikations-, ät-, och/eller sväljsvårigheter finns i alla åldrar och förekommer inom de flesta delar av vården. Tal-, språk-, kommunikations-, ät-, och/eller sväljsvårigheter förekommer som primära tillstånd, som sekundära effekter av andra tillstånd och som komplicerande tillstånd när personer som redan har svårigheter inom kommunikation och/eller ätande söker vård för annan sjukdomsproblemik.

Logopeder, som är yrkesgruppen som har kunskap kring bedömning och behandling av personer med dessa svårigheter, finns däremot huvudsakligen inom den specialiserade öppenvården på eller i direkt anslutning till sjukhus och inom barn- och vuxenhabiliteringen. Logopeder finns också inom slutenvården, ff a inom strokevården, men även inom andra kliniker som t ex barnkliniker. Det är inte ovanligt att logopeders närvaro i slutenvården sker som konsulttimmar köpta från logopedmottagningen inom den specialiserade öppenvården vilket innebär en begränsad närvaro i slutenvårdsverksamheten och försvårar teammedverkan och deltagande i verksamhetsutveckling. Inom primärvård och primärvårdsrehabilitering är logopeder i det närmaste obefintliga. Det råder regionala skillnader i hur den logopediska vården är organiserad beroende på regionens geografiska och demografiska förutsättningar.

Både i föreliggande delbetänkande, God och nära vård – vård i samverkan, och i det tidigare delbetänkandet, God och nära vård en primärvårdsreform, poängteras att begreppen primärvård, öppen och sluten vård är rättsliga begrepp, inte begrepp som betecknar organisationsformer inom vården. Om man med organisationsform avser hur arbete ska delas upp och hur samordning och samverkan mellan olika delar inom en organisation ska skötas, så är det precis det som begreppen öppen, sluten och primärvård återkommande och frekvent används till inom organisationen av den svenska vården. I praktiken markerar begreppen ofta gränser för just organisation i form av bemanning, chefskap, ekonomi och samverkan med andra. De gränser som över tid uppstått och befästs är ofta arbiträra och utgår från vårdens behov av avgränsningar och regler, inte patienternas behov av vård. Ett antal reformer och lagförslag, som till exempel Ädelreformen på 1990-talet och Lagen om valfrihetssystem från 2009, har för patienter med svårigheter inom kommunikation och ätande, och logopederna som kan hjälpa dem med dessa svårigheter, ytterligare befäst vissa av dessa arbiträra gränser och försvårar, eller t o

m omöjliggör vård, för patienterna. De största svårigheterna för logopedier och våra patienter uppstår i skärningspunkten mellan slutenvården och öppenvården, och när ansvaret för patienterna flyttas till primärvården. Autonoma patienter med möjlighet att själv uppsöka logoped på sjukhuset drabbas i mindre utsträckning av de avgränsningar som finns än patienter med stort vård- och omsorgsbehov, som inte sällan blir helt utan insatser när de behövs som mest.

Exempel från strokevård och rehabilitering;

Kortare vårdtider och platsbrist inom slutenvården innebär att strokepatienter ofta vårdas under kort tid på strokeavdelning. De kortare vårdtiderna innebär att patienter som inte längre har ett akut behov av sjukhusets särskilda resurser, men som har ett omfattande kvarstående vård- och omvårdnadsbehov skrivs ut till den kommunala korttidsvården eller särskilda boenden. Rehabiliterande insatser kommer, när patienten inte längre är i akutskedet efter sin stroke, att ges via kommunens rehabilitering alternativt inom primärvården. Logopedier inkluderades inte bland de rehabiliterande yrken som efter Ädelreformen ingår i den kommunala rehabiliteringen. Logopedier finns inte heller inom primärvården. Patienter i den här situationen kommer med största sannolikhet inte att få bedömning och/eller insats gällande vare sig kommunikation eller ätande trots att både sväljbedömning och intensiv språkträning har bedömts som prioriterade insatser i de nationella strokeriktlinjerna från 2018. Det finns en stark koppling mellan kommunikations-svårigheter och problemskapande beteende och nedsatt livskvalitet. Svårigheter med ätande och sväljning kan vara en bidragande problematik vid undernäring. Undernäring leder till många hälsomässiga komplikationer och nedsatt livskvalitet.

Inom VGR finns En LOV-baserad primärvårdsrehabilitering. Som en del i uppdraget finns också ett uppdrag kring neuroteam för patienter som drabbats av stroke eller leder av en neurologisk sjukdom. Logopedier ingår inte i basuppdraget inom primärvårdsrehabiliteringen, men ska ingå i neuroteamen. För att få tillgång till vård via neuroteam måste patienten ha behov av två av professionerna som ingår i teamet (arbetsterapeut, fysioterapeut och logoped), annars anses vården inte uppfylla kravet om teamvård. Patienter som endast behöver arbetsterapi eller fysioterapi kan få detta genom basuppdraget inom primärvårdsrehabiliteringen. Patienter som enbart behöver logoped hänvisas till logopedmottagningen vid närmaste sjukhus. Denna gränsdragning beror inte på patienternas behov av vård, utan på vårdens organisation där logoped inte ingår i primärvårdens rehabilitering utan tillhör den specialiserade öppenvården.

Vid neurologimottagningen på Skånes universitetssjukhus i Lund arbetar två logopedier. Logopedmottagningen inom den specialiserade öppenvården på sjukhuset har inte några logopedier med ansvar för neurologipatienter anställda. Inte heller finns logopedier inom primärvården i region Skåne. Detta innebär att två logopedier har ansvar för logopedkontakten genom hela vårdkedjan inom ett stort geografiskt område. Patienter som är mycket sjuka och har kvarstående sväljsvårigheter, skrivs ut till kommunala korttidsboenden med nasogastrisk sond. Bedömning har således gjorts att patientens sväljning inte är säker och att patienten inte säkert kan inta föda genom munnen. Risk för lunginflammation och/eller undernäring föreligger. Patientens fortsatta vårdbehov, t ex läkarkontakt, överlämnas i de flesta fall till primärvården. Då ingen logoped finns i primärvården blir patienterna hänvisade till logopederna på neurologimottagningen vid sjukhuset för uppföljning och utvärdering av sväljsvårigheterna och den nasogastriska

sonden. Detta innebär att svårt sjuka och trötta patienter åker långa färdtjänstresor för att träffa logopeden på sjukhuset i Lund. Vid ankomst är patienterna ofta så trötta att de inte orkar medverka. Bedömning och uppföljning blir helt enkelt omöjligt att genomföra. Emellanåt kommer patienterna ensamma, vilket innebär att den information kring patientens sväljningsstatus som framkommer troligen inte förs vidare till rätt instans, eller leder till stort merarbete för logopeden i form av telefonsamtal till korttidsboende, särskilt boende och/eller närstående. Även i de fall informationen når fram är det osäkert om den hanteras på ett fungerande sätt då kunskapsnivån kring ät- och sväljsvårigheter i både den kommunala vårdsektorn och samhället i stort är mycket begränsad. Detta leder till stort lidande och fara för patienterna och till stora, helt onödiga, kostnader för vård vid undernäring och undvikbara lunginflammationer.

Scenariot ser likadant ut för patienter med kommunikationssvårigheter. Patienterna åker långt och har ofta svårt att medverka vid ankomst. Bedömning av kommunikationen kan möjligen genomföras, men den intensiva språkträning som strokeriktlinjerna rekommenderar med hög prioriteringsgrad kan definitivt inte ges, dels p g a bristande logopedresurser, dels p g a att vården inte ges nära patienten och blir logistiskt omöjlig att genomföra.

Principerna om vård efter behov och vård nära patienterna har i exemplen ovan helt åsidosatts.

Såväl kommun som region/landsting utför vård i hemmet. Är ansvarsfördelningen mellan huvudmännen tillräckligt tydlig för mottagare och utförare av tjänster?

Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen vid utförande av vård i hemmet är definitivt inte tillräckligt tydlig för mottagare av tjänsterna, särskilt inte för mottagare med kommunikativa eller kognitiva nedsättningar vilket är vanligt både vid medfödda funktionsnedsättningar och efter förvärvad hjärnskada eller neurologisk sjukdom. Även för oss logopeder blir gränsdragningarna emellanåt mycket märkliga och det är ofta uppenbart att principen om vård efter behov återigen får stryka på foten för vårdens gränsdragande principbeslut. Alldeles särskilt gäller detta när hemsjukvården utförs av kommunen via avtal mellan region och kommun och pengar alltså växlats i överenskommelsen. Huvudprincipen om att patienter ska erbjudas hemsjukvård om de inte klarar att ta sig till sjukvården kan för vissa patienter slå väldigt fel när två olika huvudmän ingår i ekvationen.

Exempel

Patient med kommunikativa problem och minnesproblematik efter en stroke beviljas hemsjukvård då hen har svårt att kontrollera sin diabetes. Den hemsjukvård som beviljas är daglig provtagning i hemmet. Då patienten beviljats hemsjukvård anses patienten per definition för sjuk för att kunna ta sig till regionens vårdinrättningar och nekas av primärvården remiss och rehabilitering inom regionen. Ansvaret anses vara kommunens via den överenskommelse som gjorts kring hemsjukvård. Patienten hänvisas till den kommunala rehabiliteringen. Inom den kommunala rehabiliteringen finns ingen logoped. Patienten nekas trots brist på rimliga skäl kommunikativ rehabilitering med stor påverkan på livskvaliteten som följd.

Behov av kommunikationshjälpmedel är mycket vanligt förekommande hos vuxna med funktionsnedsättning och rätt till vuxenhabiliteringens insatser. I region Skåne anställs logopederna, som är den profession som har kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation, av regionen. Logoped finns däremot inte inom de kommunala verksamheter, daglig verksamhet och särskilt boende, där kommunikationshjälpmedlen ska användas i vardagen. Detta leder till att människor med kommunikationssvårigheter ibland får vänta alldeles för länge på sina viktiga kommunikationshjälpmedel och att det är otydligt vem som stöttar personen gällande hjälpmedlet. Särskilda bestämmelser styr vad logopederna ska och inte ska göra i förhållande till de kommunikationshjälpmedel som brukarna har behov av. Vissa kommunikationshjälpmedel får logopeden inte förskriva till sina patienter, utan måste be den lokala arbetsterapeuten göra förskrivningen. Ofta är arbetsterapeuten anställd inom den kommunala verksamheten. Som förskrivare blir den lokala arbetsterapeuten, trots att arbetsterapeutens huvudsakliga arbetsområde och kompetens inte är kommunikation, ansvarig för utveckling och uppföljning av kommunikationshjälpmedlet.

Tänk dig att du kommunicerar via ett bildstöd av utskrivna och inplastade bilder som sitter i en pärm. Bildstödet omfattar 30 bilder, vilka utgör ditt hela vokabulär. Sedan kommer julen och du och din omgivning vill prata om tomteluvor, pepparkakor och luciasånger. Det är bara det att du inte har de bilderna i ditt kommunikationshjälpmedel och det finns ingen som kan hjälpa dig att lägga in det för att de som arbetar på ditt DV/LSS-boende inte kan programmet. Logopeden från vuxenhabiliteringen hade gärna hjälpt till med uppdateringen, men på grund av ansvarsuppdelningen mellan vuxenhabiliteringen, som är regional, och den dagliga verksamheten, som är kommunal, ingår uppdatering av bildstödet inte i vad logopeden ska och får göra.

Kapitel 5: Personcentrerad samverkan

5.6 Hur fungerar samverkan mellan region/landsting och kommun i det sammanhang där du befinner dig?

Samverkan mellan region och kommun runt patienter med tal-, språk-, kommunikations-, ät- och/eller sväljproblem är mycket problematisk. Logopeder finns i stort sett inte inom den kommunala vård- och omsorgssektorn. Kunskapen om svårigheter inom kommunikation och ätande saknas i stor utsträckning både hos biståndshandläggare som ska avgöra patienternas omsorgsbehov och hos personal inom daglig verksamhet, särskilda boende för personer med funktionsnedsättning och inom äldreomsorg och hemtjänst.

Exempel från vuxenhabilitering

Någon grad av kommunikativa svårigheter finns hos närmast varje individ med så omfattande funktionsnedsättning att assistans och/eller LSS-insatser behövs. Personer som har kommunikativa svårigheter behöver längre tid på sig för att kommunikationen ska fungera och kräver att omgivningen tar stort ansvar för att kommunikationen fungerar. Ändå ingår kommunikation mycket sällan i de beviljade insatserna.

Demenssjukdom påverkar förr eller senare den drabbade personens kommunikativa

förmåga. För många personer med demens drabbas också ätande och sväljning. Samverkan kring demenssjuka patienter kring kommunikation och ätande är ett mycket eftersatt område. Strategier för förtydligande kommunikation och/eller kompensation, som till exempel bildstöd, används inte för att underlätta kommunikationen med missförstånd, ångest, aggression och problemskapande beteende som följd.

Kapitel 7: Hälso- och sjukvårdens roll i att främja hälsa, förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga

7.2. Vad är det viktigaste min profession kan bidra med i form av hälsofrämjande respektive sjukdomsförebyggande insatser på individnivå respektive befolkningsnivå?

I dagsläget ingår logopeder i alltför liten utsträckning i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Detta ryms på grund av arbetsbelastning och tidsbrist inte i uppdraget och ersätts inom många ersättningsmodeller inte, varför arbetet inte prioriteras. Logopeders placering inom vårdsystemet, där logopederna vanligen finns inom den specialiserade öppenvården, försvårar också preventionsarbete.

Dock finns det fullkomligt självklara arenor där logopeder skulle kunna arbeta både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Logopeder är till exempel sedan några år en av de snabbast växande yrkesgrupperna inom den utökade elevhälsan (Utmaningar och nuläge för elevhälsan 2018, SKL). Logopeder inom elevhälsan kan bidra till språkfrämjande arbetssätt och anpassning av lärmiljöer, vilket är av stor vikt för barn med språklig sårbarhet på grund av till exempel socioekonomiska faktorer, föräldrarnas utbildningsnivå eller kort exponering för svenska språket. För barn med funktionsnedsättningar som drabbar språk och kommunikation, direkt eller indirekt, kan insatser på både gruppnivå, som anpassade lärmiljöer, och individuella insatser, som till exempel anpassning av elevernas arbetsmaterial eller anpassade kompensatoriska hjälpmedel och strategier, innebära att negativa pålagringseffekter från misslyckanden i skolarbetet uteblir. Logopeder har kunskap och kompetens kring hur olika funktionsnedsättningar, som språkstörning, ADHD och autism, påverkar individens språkliga och kommunikativa förmåga. Att klara grundskolan är en av de individuellt viktigaste hälsofrämjande faktorerna i en människas liv.

Yrkesrelaterade röststörningar som rösttrötthet, ansträngdhet, smärta i halsen, svag röst och heshet är vanligt förekommande hos personer med röstkrävande yrken och leder inte sällan till sjukskrivning och försämrad livskvalitet (Yrkesrelaterade röststörningar och röstergonomi, RAP 2011:6, kunskapsutvärdering, Arbetsmiljöverket). Ca en tredjedel av Sveriges yrkesverksamma befolkning har arbeten där rösten är ett nödvändigt redskap. Detta gäller inte minst förskollärare, lärare och fritidspedagoger. Genom att införa röstträning redan under utbildningen kan sjukskrivningar undvikas. Detta sker redan vid flera lärarhögskolor i landet. Studier visar också att lärarens röst har påverkan på elevernas inlärningsförmåga.

Logopeder kan öka och stärka kommunikativ funktion, aktivitet och delaktighet hos personer som har en kommunikativ nedsättning, oavsett om denna uppstått på grund av en medfödd eller förvärvad svårighet. Det finns en stark koppling mellan kommunikationssvårigheter och problemskapande beteende och nedsatt

livskvalitet. Social isolering och psykisk ohälsa är stora problem i samhället. Gång efter annan konstateras till exempel att personer som lever med funktionsnedsättning har sämre hälsa och livskvalitet än andra delar av befolkningen. Att kunna kommunicera med sin omgivning är en grundläggande mänsklig rättighet. Att stärka och stötta denna förmåga är såväl hälsofrämjande som sjukdomsförebyggande, inte enbart för den drabbade men också för närstående, som ofta tar ett stort och tungt ansvar med den egna hälsan som pris. Ändå är logoped inte en självklarhet inom till exempel dagliga verksamheter eller kommunernas särskilda boenden.

Ät- och sväljsvårigheter är ytterligare ett område där logopediska insatser är både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Ät- och sväljsvårigheter leder till både obehag, nedsatt livskvalitet och potentiellt livshotande tillstånd som undernäring, lunginflammation och kvävningstillstånd. Bedömning, behandling och korrekt rådgivning till patient, närstående och omvårdnadspersonal kan möjliggöra säker sväljning.

7.4 Man brukar tala om tre former om rehabilitering; medicinsk, arbetslivsinriktad och social rehabilitering. Efter tex stroke eller en cancersjukdom, vilka former ser du är mest angelägna? Vem tillhandahåller dem och hur?

För patienter med kommunikativa svårigheter är det svårt att särskilja de olika rehabiliteringsbehoven från varandra. Alla aspekter av patientens liv påverkas ofrånkomligt och genomgripande. Vid kommunikationsnedsättningar blir en persons möjlighet till aktivitet och delaktighet, både yrkesmässigt och socialt, genast begränsad och sväljningssvårigheter är såväl medicinskt som socialt hindrande.

Det finns ytterst få arbeten i Sverige idag där du kan fungera utan att kunna kommunicera med andra både i tal och i skrift, detta oavsett om du fysiskt sett fungerar väl. När stroke leder till afasi drabbas vanligen inte bara förmågan att själv uttrycka sig via talat språk, utan också förmågan att förstå talat språk och att läsa och skriva. Vid kommunikationsnedsättningar är det helt nödvändigt att en logoped finns med för att möjliggöra återgång till arbete, både gällande träning av funktion men också för utprovning av nödvändiga hjälpmedel och anpassning av arbetsplatsen. Rehabilitering av den kommunikativa förmågan kommer att ge effekter som inte bara underlättar återgång i arbete, utan kommer även att främja aktivitetsförmåga och delaktighet med effekt på psykisk hälsa och livskvalitet.

Situationen blir densamma för patienter som på grund av cancer måste genomgå en laryngektomi. Patienten förlorar sina stämband och därmed sin naturliga röstkälla och sitt tal. Både arbetsförmågan och möjligheterna att delta i sociala sammanhang med andra människor drabbas i lika stor omfattning. Logopedisk rehabilitering kan ändra detta med effekt på både arbetsförmåga och generell livskvalitet.

Många personer som drabbas av stroke befinner sig mitt i yrkeslivet och har som främsta mål att kunna återgå till arbete. Inom primärvården finns ganska snart i rehabförloppet en tydlig plats för arbetslivsinriktad rehabilitering. Logopeder finns dock på de flesta håll i landet inte inom primvården eller primärvårdsrehabiliteringen. Några goda exempel finns; Inom Västra

Götalandsregionen, Stockholms län och Region Halland arbetar logopedier med rehabilitering i primärvården.

Sedan införandet av vårdval rehab i Västra Götalandsregionen 2014 finns det neurovårdsteam i primärvården med fysioterapeut, arbetsterapeut och logoped. Neurovårdsteamerna möjliggör en obruten vårdkedja då patienter med neurologisk skada överrapporteras från sjukhusen, får en rehabplan upprättad och därefter deltar i rehabilitering efter behov. Neurovårdsteamerna har ökat tillgången till neurologisk rehabilitering betydligt, framför allt tillgången till logopediska insatser. Inflödet av patienter är stort och idag finns 14 neurovårdsteam i regionen.

Kapitel 8: Forskning, utveckling och utbildning

8.1 Forskning och utveckling

8.1.7 Vad är den avgörande faktorn för att få till stånd ett ökat intresse och en ökad forskningsaktivitet utanför de miljöer där forskning historiskt har bedrivits?

Många av de stora patientgrupper som har behov av logopediska insatser, och som i ett framtida patientcentrerat och behovsorienterat hälso- och sjukvårdssystem också kommer att få detta, kommer inte i första hand att tas om hand inom forskningsintensiva (universitets)sjukhus. Barn med språkstörning vistas en stor del av sin tid inom förskola och skola och bör få sin nära vård i samverkan med den pedagogiska personal som möter dem hela dagen och i närhet till barnhälsovård och socialtjänst när så krävs. Patienter med neurologiska sjukdomar, som till exempel demens, ALS, Parkinson och Stroke kommer att få sin vård i hemmet eller på det särskilda boendet, där kommunikation och ätande tar plats.

Det som krävs för att forskning ska ske även i dessa miljöer är att klinisk forskning med få försökspersoner får en höjd status, samt att ekonomiska resurser och strukturstöd för denna typ av forskning säkerställs. Det är också av största vikt att forskningen prioriteras och möjliggörs av arbetsgivaren. Goda exempel på fungerande patientnära klinisk forskning behöver lyftas fram och belysas.

Hur kan patienter tydligare inkluderas i forskningens olika delprocesser för att ytterligare berika och öka värdet av den investering för framtiden som forskning innebär?

Om detta blir en naturlig del i den patientnära vården kommer patienterna inte att ifrågasätta värdet av att delta. Tydlig återkoppling kring hur resultat från klinisk forskning fått leda till vårdutveckling och förändrade rutiner bör vara framgångsfaktorer i sammanhanget. Återigen, att lyfta fram goda exempel.

8.2 Utbildning och kompetensförsörjning

8.2.5 Flera studentorganisationer efterfrågar mer interprofessionellt lärande, och att göra vissa områden gemensamma för flertalet vårdutbildningar. Det kan t.ex. handla om systemkunskap, e-hälsa, personcentrering och förbättringskunskap. Vad tänker du om det?

Interprofessionellt lärande under grundutbildningen är mycket viktigt för att öka teamarbetet i vården. Det interprofessionella lärandet är ett mycket bra verktyg för att studenterna i praktiken ska lära sig vad andra vårdprofessioners kompetens består i. Inte bara moment som systemkunskap, e-hälsa, personcentrering och förbättringskunskap bör göras gemensamt, även om det är en bra början, utan även praktiska utbildningsmoment. Skillnader i vilka universitet som ger vilka vårdutbildningar kan dock försvåra detta.

Ett förändrat vårdlandskap kommer att kräva förändrade vårdutbildningar, både teoretiskt och praktiskt. Om vården ska ges närmare patienten, både avseende den fysiska platsen och val av insats, måste studenthandledningen också ske i de miljöerna. Praktik kan inte bara ges inom sjukhusvården där de flesta handledare arbetar med ovanliga och ”svåra” patienter.

Vilka är, förutom en rimlig löneutveckling, enligt dig de tre viktigaste faktorerna för att skapa förutsättningar för ett hållbart arbetsliv inom hälso- och sjukvårdssektorns verksamheter?

De viktigaste faktorerna för att skapa förutsättningar för ett hållbart arbetsliv inom Hälso- och sjukvården är:

- relevant och tillräcklig kompetensutveckling. För yrkesgrupper med legitimation är detta en fullkomlig nödvändighet för att kunna arbeta i enlighet med evidens och beprövad erfarenhet.
- rimlig arbetsbelastning och möjligheten att faktiskt göra det jobb man är utbildad för tillsammans med andra i systemet.
- arbetsro. Ständiga omorganisationer leder till stress och oro. Ofta leder omorganisationer också till onödig personalomsättning.

chefer och ledare som tar tillvara på personalens kompetens och säkerställer en hållbar arbetssituation. Tydlighet i vem som är ens närmaste chef.
- anställning där man ska göra insatsen. Jobbar man mest på barnkliniken ska man vara anställd av barnkliniken. Arbetar man med ineliggande strokepatienter ska man vara anställd av strokeavdelning.
- en attraktiv arbetsmiljö. Det ska vara intressant, värdeskapande och belönande att arbeta inom vården.

Men vi kommer aldrig ifrån att en rimlig löneutveckling är viktig. Akademisk utbildning ska löna sig. Kvinnodominerade yrken inom vården ska inte vara underavlönade.

För Svenska logopedförbundet



Ulrika Guldstrand
Ordförande