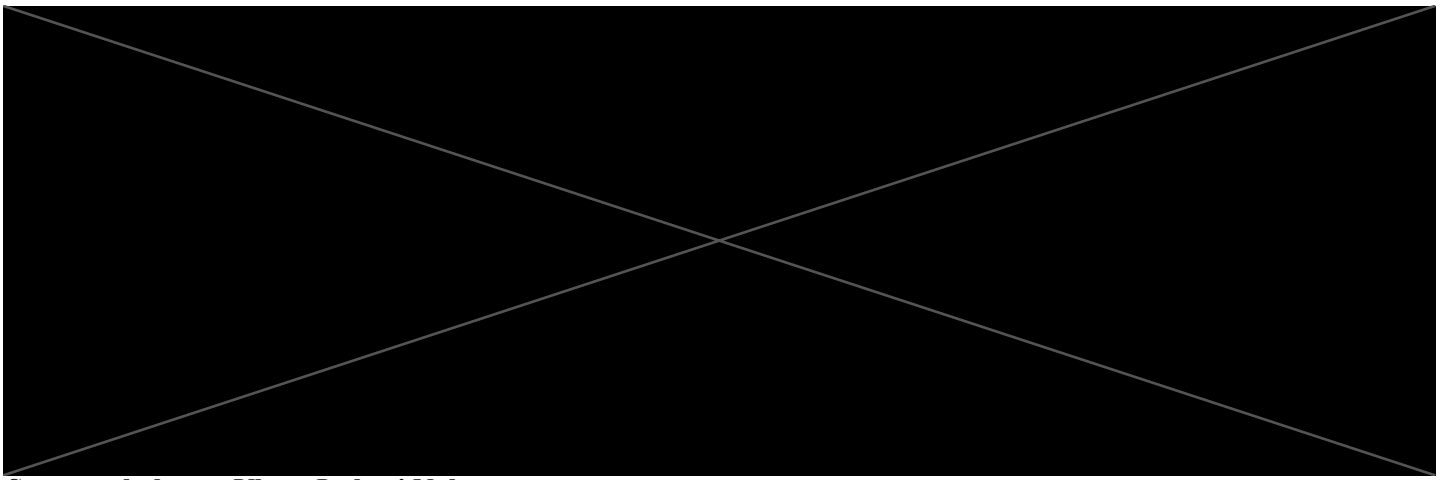
Ps kolo utlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

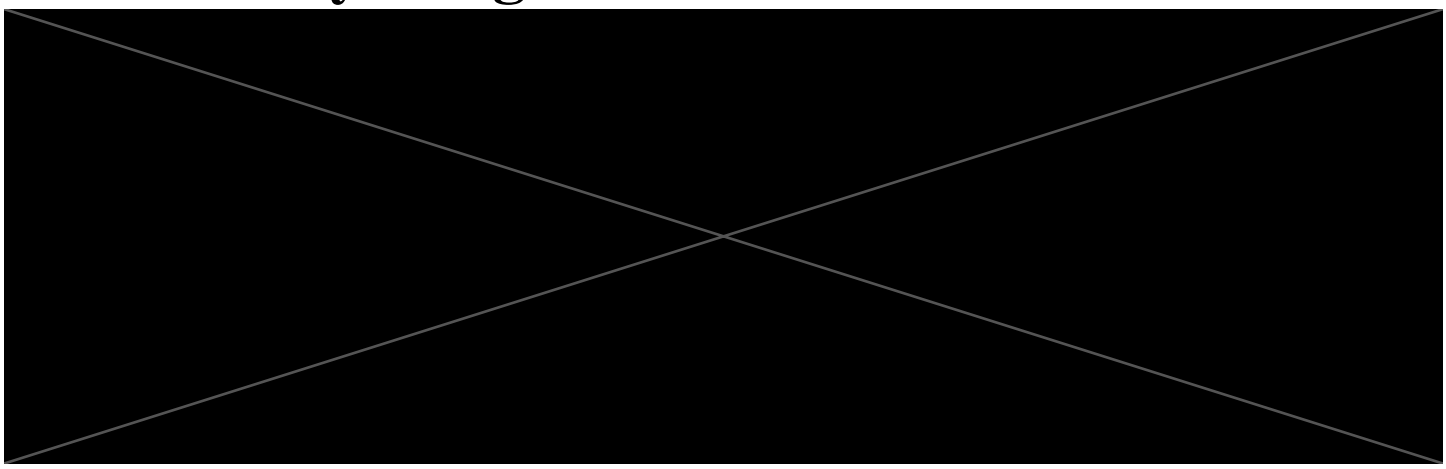
Psykologutlåtande BARN RJL

2026-09-29 Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg Bonliva Care Jönköping (Signerad av Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg 2026-10-14 14:23:44)

Utredningsperiod	Psykologbedömning inklusive anamnestisk intervju med förälder, 2026-09-28. Intervju med specialpedagog Marie Stengel och mentor Stefan Nord från Bäckadalsgymnasiet, 2026-09-29.
Metod	Utredningen innefattade psykologisk bedömning, barnpsykiatrisk bedömning och anamnestisk intervju med föräldrar. Föräldrar och skolpersonal har fyllt i skattningsformulären BRIEF-2, SRS. Även halvstrukturerade intervjuer (ACE, IDA, Young Diva) har använts vid intervju med föräldrar/skolan/patient. Skattningsformulären BRIEF-2, SRS har också använts som underlag i intervju med patienten. Skolan har inkommit med information om fungerande i skolmiljö och skolpersonal har intervjuats. Testinstrumenten i utredningen inkluderar WAIS-V (allmän begåvningstest) och D-KEFS (neuropsykologisk test av exekutiva funktioner). Utredningen inbegriper även genomgång av journal och övriga observationer i testsituation.
Tidigare utredningar och vårdkontakter	Patienten har haft kontakt med BUP maj 2023 efter remiss från Barn- och ungdomshälsan (BUH) angående misstankar om PTSD som BUP uteslöt som förklaring efter bedömning och remitterade tillbaka till BUH för fortsatt stöd gällande ångest. Remitterades åter till BUP juni 2026 med frågeställning misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning utifrån kvarstående svårigheter med koncentration och igångsättning. På BUH har patienten erhållit insatser i form av behandling för ångest, sömnsvårigheter, rutiner och skolgång samt traumafokuserad KBT behandling. Bedömning på BUP juli 2026 som lett till beslut om utredning. .
Frågeställning	Bredd barnpsykiatrisk utredning. Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning inom ADHD och autism.
Genomförande	Patienten har utretts vid Bonliva Cares mottagning i Jönköping. Utredningen har genomförts av leg. psykolog Vlora Jashari Nyberg, specialist inom barn- och ungdomspsykologi och leg. läkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri Jonas Eriksson.
Syfte	Patienten och föräldrarna önskar förståelse för varför skolarbete upplevs svårt trots mycket ansträngning.

Bakgrund

Psykologutlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

Aktuellt

Patienten uppger svårigheter med skolarbete generellt. När hon förstår vad hon ska göra kan arbetet gå bra, men hon har ofta svårt att komma i gång, förstå instruktioner och hinna med genomgångar. Vid längre genomgångar tappar hon fokus och slutar lyssna. Behöver dagligen fråga kompisar vad läraren sagt eller vad de skrivit. Uppger att hon behöver skriva ned allt snarare än stödord, men hinner inte alltid med när presentationer går vidare. Beskriver svårigheter med att hålla kvar och hantera information, särskilt om flera instruktioner ges samtidigt.

Enligt förälder blev svårigheterna tydliga från årskurs 6, i samband med ökade krav på eget ansvar i skolarbetet. Patienten hade då svårt att plocka ut det viktigaste ur längre texter och veta vad som var relevant i uppgifter.

Patienten har också haft dåligt mående (varit deprimerad) under högstadiet med icke fungerande skolgång och skolbyten. Aktuellt fungerar skolan mycket bättre i gymnasiet men trötthet kvarstår och behov av stöd och svårigheter med uppmärksamhet, minne, instruktioner, planering och igångsättning upplevs finnas kvar.

.

Familj

Patienten bor med båda föräldrarna och en äldre syster, född 2006. Familjen bodde tidigare i Bankeryd i Jönköping och flyttade till Bymarken när patienten var cirka fyra år. Familjen har därefter bott kvar. Mor beskriver att släkt funnits i närheten och att familjen fått avlastning när patienten och systern var små, framför allt vid sjukdom.

Patienten beskrivs ha varit mycket knuten till föräldrarna och det har varit svårare att lämna henne hos mor- och farföräldrar. Relationen till systern beskrivs fungera bra nu, men de har varit olika och lekte sällan tillsammans som yngre. Patienten vänder sig enligt mor till far vid teknikrelaterade frågor och till mor kring exempelvis mat och skola.

Båda föräldrar arbetar. Mor arbetar som speciallärare i kommunikationsklass. Far arbetar med IT på Huskvarna. Familjen beskrivs ha haft stabil ekonomisk situation och god uppväxtmiljö.

Socialtjänstkontakt har förekommit i samband med normbrytande beteenden hos patienten efter att hon snattade i årskurs 7 samt efter en självskadehändelse för cirka

Psykologutlåtande BARN RJL

Bonliva Care Jönköping
Kapellgatan 4
55317 Jönköping
Tel. 08-515 13 410
Fax.
Utskriven av: Sarah Camejo Hurt
Utskriven: 2026-11-24 13:38:49
Patienttyp: NPU-618-REG-
Spec. psykolog **Vlora Jashari Nyberg**

20090330-7023
Grubbström, Irma Maria

TYSKA GATAN 8 LGH 1201
55312 JÖNKÖPING
Telefon hem:
Telefon arbete:
Mobiltelefon: +46705856544
E-post:

tre år sedan. Efter självskadehändelsen hölls möten med socialtjänsten och ärendet avskrevs utan några vidare insatser enligt mor. Familjen har även varit kontaktfamilj för en flyktingpojke via kommunen som kom till Sverige 2015 och efter en kort period flyttade hos familjen.

Mor nekar våld i familjen, utöver en affektsituation där far tog patientens telefon och begränsade henne fysiskt genom att putta ned henne i soffan.

.

Tidig utveckling

Graviditet/förlossning: Mor minns inte graviditeten i detalj men uppger att den inte var avvikande och att hon inte behövde extra vård. Mor nekar användning av droger, alkohol eller läkemedel under graviditeten.
Förlossningen beskrivs som vanlig vaginal och utan tydliga komplikationer. Mor beskriver att patienten mådde bra efter födseln, bortsett från en infekterad tå. Patienten ammades cirka 8-10 månader. Hon växte bra och följde sina kurvor. Övergång till fast föda beskrivs inte som tydligt avvikande.

Motorisk utveckling beskrivs som adekvat. Patienten gick mycket tidigt. Hon hade inte svårt att lära sig cykla. Simning minns mor inte tydligt. Patienten har spelat fotboll och gått på gymnastik. Finmotoriken beskrivs som god. Patienten har alltid varit pysslig och tyckt om att pilla med små saker.

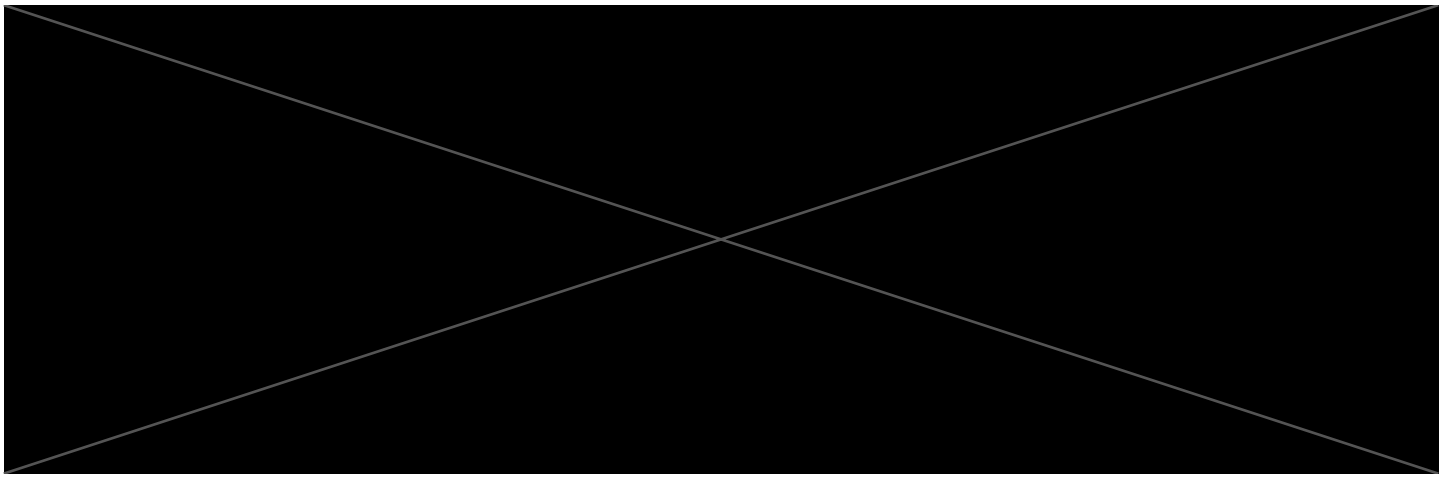
Sömn och mat: Sömnen uppges inte ha varit tydligt avvikande under tidigare barndom. Patienten kunde vakna och komma till föräldrarna på nätterna, men var inte vaken längre perioder. Sömnsvårigheter beskrivs främst ha tillkommit under senare år, särskilt under högstadiet. Patienten har fått melatonin vid behov och mor uppger att hon nu är piggare och har annan sömnrytm, bland annat kan gå upp klockan nio.

Aktuellt sover patienten två till tre timmar efter skolan. Föräldrarna har behövt arbeta med att patienten ska få i sig mat ordentligt och skapa stabilitet kring detta.

Kommunikativ- och språklig utveckling: Mor minns inte joller. Patienten uppges inte ha varit sen med talet och ingen tydlig språklig regression uppges. Ingen logopedkontakt har förekommit.

Patienten har varit ganska tyst och inte gjort mycket väsen av sig. Hon frågar ofta "vad menar ni med det?", vilket mor beskriver som att hon inte alltid förstår det

Ps kolo utlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

andra säger. Svårigheter med instruktioner framkommer särskilt. Hörförståelse vid högläsning upplevdes fungera, men mor beskriver att de ofta pratade om bilderna och innehållet i boken.

Läsa mellan raderna beskrivs som klurigt. Patienten förstår skämt och har själv humor, men ironi kan vara svårare. Mor beskriver vissa svårigheter med prepositioner samt höger/vänster och tidsbegrepp. Patienten har svårt med analog klocka. Inga neologismer, inget formellt språkbruk och inga verbala stereotypier uppges. Turtagning i samtal fungerar i stort, men patienten kan avbryta ibland; detta beskrivs inte som ett stort problem.

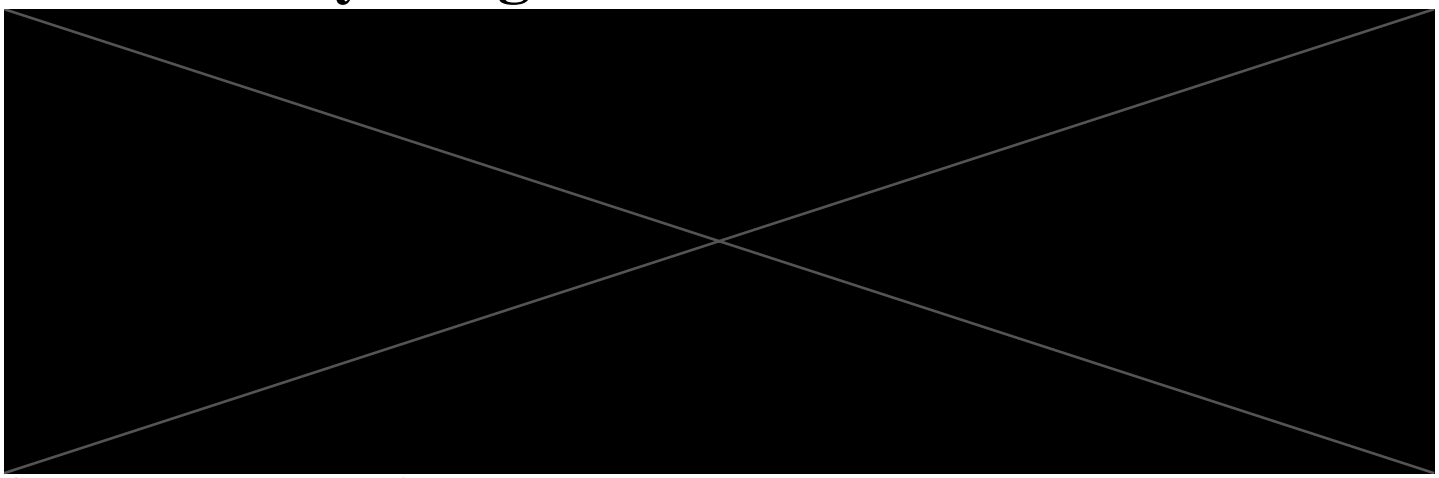
Patienten har läs- och skrivsvårigheter/dyslexi enligt gymnasiets utredning som genomfördes då hon gick i åk 1. Hon skriver sällan själv och använder ChatGPT vid behov av skriftlig formulering därav kan modern ej svara hur patientens uttrycker sig i skrift. Ingen hereditet för dyslexi uppges.

Social utveckling: Mor minns inte tydligt tidiga sociala leenden, pekande eller att visa och rikta uppmärksamhet. Gester som nicka och skaka på huvudet uppges ha funnits. Patienten sökte tröst hos föräldrarna när hon var ledsen och hade inga svårigheter att dela med sig. Ansiktsuttryck och mimik beskrivs som levande och läsbara, även om patienten generellt är ganska jämn och plan i känslouttryck.

Patienten beskrivs ha varit mer tillbakadragen i initiativ till kontakt och gått fram till dem hon kände sig trygg med. Vid kontakt från okända jämnåriga kunde hon gömma sig bakom förälderns ben, men med visst vuxenstöd kunde hon komma i gång i samspel. Mor beskriver att patienten haft givande och tagande i samspel och kunnat anpassa sig till andra.

Lekutvecklingen beskrivs som fungerande. Patienten lekte rollekar, fantasilekar, med dockor och gosedjur, sjöng sånger och lyssnade på musik. Hon lekte med kusiner, barn på gatan och senare med tre flickor. Hon var duktig på att leka själv och kunde även leka med andra.

Perception: Patienten har svårigheter med tidsuppfattning och kan inte analog klocka. Hon har även svårt när planer behöver ändras.
Ljuskänslighet beskrivs. Patienten har ofta neddraget i sitt rum och har varit hos



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

optiker flera gånger på grund av ljusbesvär. Hon har haft huvudvärk som först utreddes som möjlig migrän, men migräntabletter hjälpte inte och hon har senare fått förebyggande läkemedel mot avslappningshuvudvärk. Mor kan inte tydligt beskriva ljudkänslighet.

Tics/stereotypier/repetitiva beteenden: Patienten hade motoriska tics i förskoleålder, vid cirka 4-5 års åldern, med kroppsligt rörelsemönster. Detta gick över och familjen sökte inte vård.
Mor beskriver att patienten kan gå runt när hon suttit länge, men förstår detta som rastlöshet och behov av att röra på sig, inte som kontinuerligt repetitivt beteende. Inga verbala stereotypier uppges.

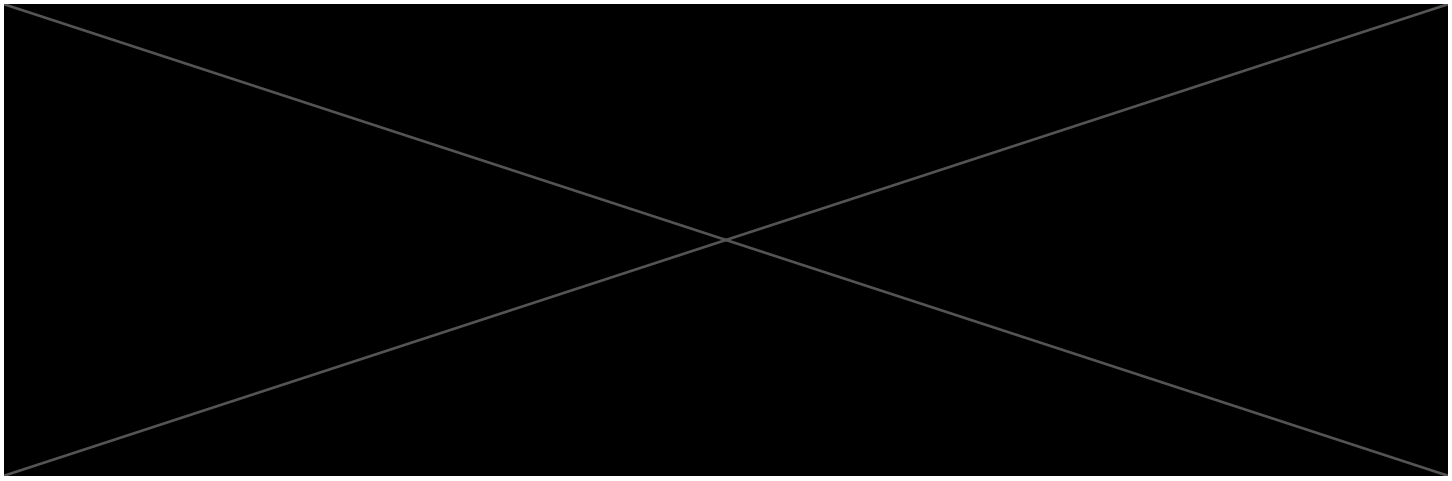
Exekutiva funktioner/Rigiditet och flexibilitet: Mors beskrivning talar för svårigheter med igångsättning, arbetsminne, planering, organisering och att hålla ordning på tillhörigheter. Patienten behöver mycket stöd av föräldrarna och de har behövt kompensera för henne, särskilt från årskurs 6 då kraven på eget ansvar ökade.
Viss rigiditet framkommer. Patienten kan låsa sig när något inte blir som planerat, exempelvis när skor inte får plats i väskan inför träning eller när en planerad macka inte kan göras på tänkt sätt. Hon har svårt när planer ändras, exempelvis om ett extra ärende ska läggas till vid en redan planerad aktivitet. Mor beskriver att hon själv ofta förbereder patienten i förväg.

Uppmärksamhetsreglering/Aktivitetsreglering /Impulsreglering: Föräldrarna beskriver främst svårigheter med uppmärksamhet och koncentration, inte överaktivitet eller impulsivitet. Passivitet och inaktivitet framkommer tydligt. Patienten beskrivs alltid ha varit tyst, tillbakadragen och åt det långsamma/passiva hållet, men med viss förmåga till egen igångsättning i lek.

Patienten har stora svårigheter att komma i gång med vardagliga aktiviteter och gör i nuläget lite hemma. Hon kan ha svårt att vänta när hon får en tanke om något hon vill göra, men mor beskriver inte detta som tydliga impulsivitetsproblem och inte som att patienten agerar ogenomtänkt med negativa konsekvenser i vardagen.

Kognition/inlärning: Mor beskriver att patienten aldrig varit stark i grundläggande skolfärdigheter men klarat sig, ibland med enklare material och utan stor marginal. Hon klarade nationella prov i årskurs 3, men hade svagheter i bland annat stavning. I

Ps kolo utlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

årskurs 6 hade hon inte godkänt i alla ämnen, bland annat två NO-ämnen och engelska till och från.
Föräldrarna har behövt hjälpa patienten mer än vad som är vanligt för åldern, särskilt från årskurs 6. Hon har svårt att plocka ut viktig information ur text, förstå och minnas instruktioner, minnas fakta och hantera skriftliga uppgifter.
Förälderskattningar (5-15) visar stora svårigheter med minne och inlärning, inklusive angripande av inlärningssituationer, läsning, skrivning, räkning och generell inlärning.
Praktiskt lärande beskrivs inte som generellt nedsatt. Patienten har fungerat motoriskt adekvat, varit finmotoriskt skicklig och kunnat delta i fotboll och andra aktiviteter.
.

Förskola

Patienten skolades in på förskola vid cirka 16 månaders ålder. Hon hade svårt vid lämningar, blev grinig och ville inte lämna föräldrarna, men det krävdes inga särskilda insatser utöver vanliga rutiner som att vinka i fönstret.

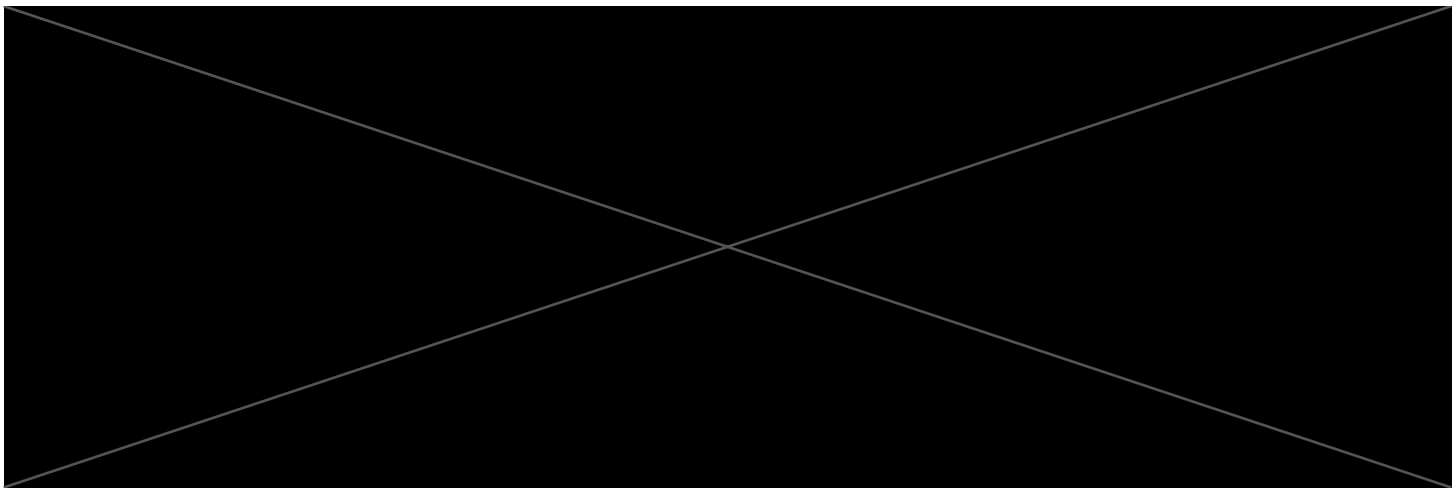
På förskolan fungerade hon väl med andra barn. Hon tyckte om rollekar, lekte med andra, var kreativ, pysslade och ritade. Inga särskilda anpassningar eller extra pedagogiska insatser uppges ha behövts.
.

Skolgång

Patienten gick på Talavidskolan från förskoleklass till årskurs 6. Grundläggande skolfärdigheter beskrivs som svaga men tillräckliga. Hon klarade nationella prov i årskurs 3, men utan stor marginal enligt mor. I årskurs 6 ökade svårigheterna när undervisningen krävde mer eget ansvar. Patienten hade svårt att läsa längre avsnitt och plocka ut det viktigaste, särskilt i NO. Hon hade inte godkänt i alla ämnen i årskurs 6, bland annat två NO-ämnen och engelska till och från.

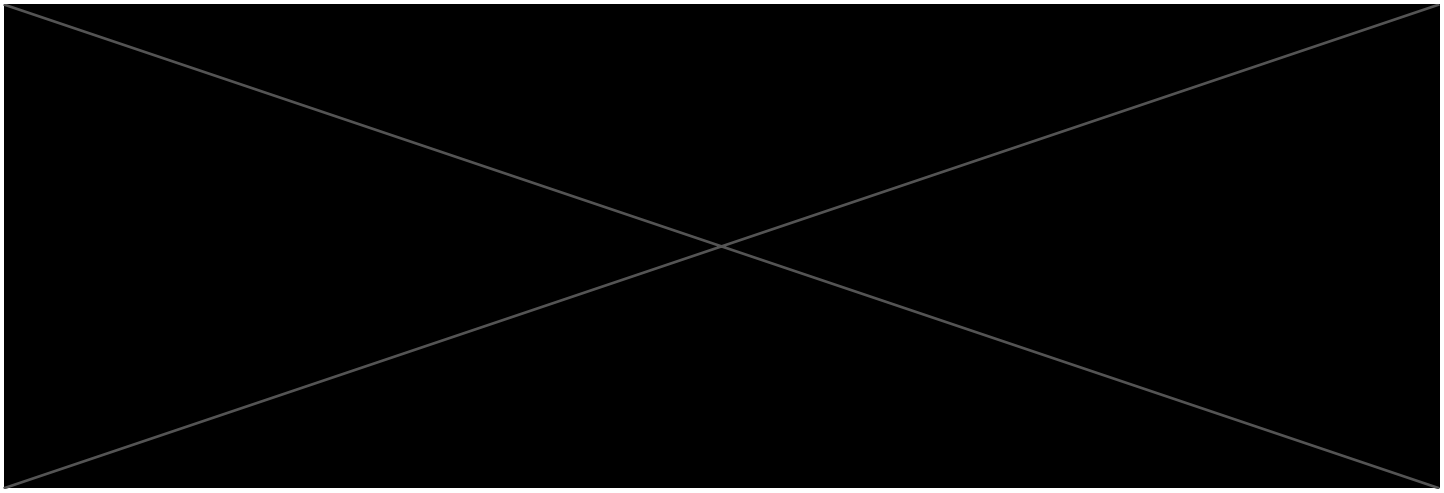
I årskurs 7 började patienten på Sandahögstadium med fotbollsinriktning. Klassen beskrivs som stökig och en lärare uppges ha uttryckt nedsättande kommentarer. Patienten hade en kompis där, men denna slutade och patienten upplevde sig ensam. Därefter försämrades måendet; patienten gömde sig på toaletten, vägrade gå ut och hade svårt även med fotbollen. Familjen kontaktade vården under denna period.

I årskurs 8-9 gick patienten på Strandskolan. Måendet blev något bättre, men svårigheter kvarstod. Anpassat schema infördes. Patienten kunde fortsatt sitta på toaletten och ringa hem och inte vilja gå ut. Anpassningar uppges ha börjat i slutet av årskurs 7 och följde med vidare.



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

	Patienten går nu i årskurs 2 på Bäckadalsgymnasiet, vård- och omsorgsprogrammet. I början av gymnasiet gjordes utredning av läs- och skrivsvårigheter och dyslexi bekräftades. Anpassningar har omfattat kort information, korta genomgångar, förklaringar av ord och begrepp, placering i klassrum vid behov, stavningsprogram, skärmhörselkåpor och korta pauser. Patienten går nu två dagar teori och tre dagar praktik per vecka. Mor beskriver att patienten för första gången har betyg i alla ämnen. Kontakten hem under skoldagar har minskat jämfört med högstadiet.
	.
Fritid	Patienten har varit intresserad av kreativt skapande, pyssel och att rita. Hon spelade fotboll från cirka årskurs 5-6 och slutade efter årskurs 7. Fotbollen fungerade som sammanhang och hon hade kompisar där, men prestation blev svår när hon mådde sämre. Hon gick även på friidrott under cirka två år och slutade efter en prestationsrelaterad situation vid löpning.
Socialt	Patienten har haft kompisar genom uppväxten. I förskolan lekte hon med tre flickor. Från årskurs 1 hade hon tre flickor som hon höll ihop med. Senare bröt hon sig loss från den gruppen och hittade kompisar via fotbollen. Hon hade även kusiner rakt över gatan som hon var trygg med och lekte med. Mor uppger att patienten inte haft svårt att skaffa kompisar och att förmågan till social kontakt finns, men att trötthet påverkar aktuella kontakter. Aktuellt har patienten pojkvän, som oftast är hemma hos familjen. Mor beskriver att patienten gärna umgås med en person i taget och inte är en tydlig initiativtagare till att träffa andra kompisar. Förmåga till relationer beskrivs och patienten har både nära vänner och pojkvän.
	.
Fungerande i utredningssituationen	Ger fin formell och emotionell kontakt med adekvat modulerat ögonkontakt. Talar sammanhängande och ger information spontant om sig själv. Glömmer ofta vad hon ska säga och tappar tråden upprepade gånger med viss påverkan på samtal och behov av följdfrågor och förtydliganden. Sitter på stolen med benen uppe och snurrar på håret. Anpassar sig helt adekvat till situationen, ger uttryck för motivation till att förstå sig själv och är engagerad i uppgifterna.
	WAIS-V: Följdfrågor behövs för verbala uppgifterna för att hon ska få full poäng samt ger ofta konkreta svar och utifrån begreppens fysiska egenskaper. Glömmer orden och dessa får läsas igen vid uppgift Likheter. Arbetar utan att ge upp även när svårighetsgraden för uppgifterna ökar genom att pröva sig fram och löser även



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

svårare uppgifter vid Blockmönster men utanför tidsgräns för poäng. Inga yttre reaktioner eller verbala kommentarer vid uppgifter som går på tid kan iakttas. Patienten ter sig som diströ och kan behövas sättas igång då hon fastnar och glömmer vad hon håller på med, exempelvis vid uppgift Kodnig kan behövas påminnas om att sätta igång trots angiven instruktion om att starta. Vid uppgift Visuella pussel glömmer instruktionerna och får påminnas om att hon ska välja tre stimuli istället för två.

D-KEFS: Vid visuell avsökning arbetar med en sida åt gången men ostrukturerat och hoppar mellan olika stimuli samt har svårt att hålla sig till sekvens när uppgiften blir mer komplex och kräver växling av regler.

.

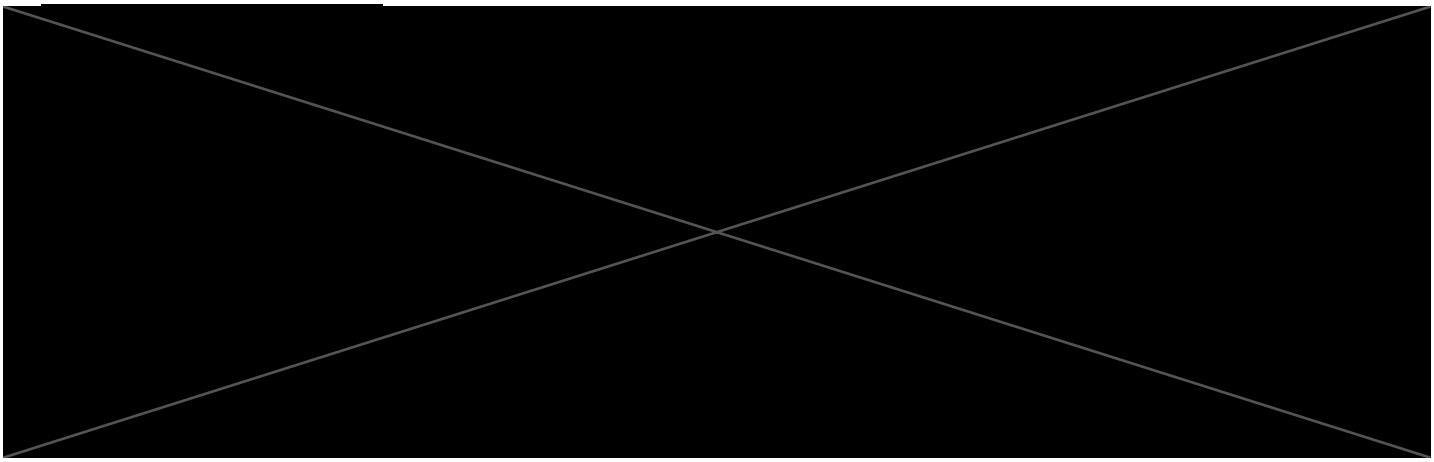
Funktionsbeskrivning

Under varje rubrik sammanställs information från föräldraintervju, underlag från skola tillsammans med tolkning från testresultat samt skattningar. För poängresultat, vänligen se bilaga 1 i utlåtandet i psykologutlåtandet.

Allmänintellektuell funktion: Patienten har genomgått begåvningsbedömningen med WAIS-V som avser mäta kognitiva förmågor genom fem index (Verbalt Index, Visuospatialt Index, Fluid Index, Arbetsminnesindex och Snabbhetsindex). Resultaten för helskala visar på jämnt svaga kognitiva förmågor med helskaleresultat klart under genomsnittet. Patientens styrkor är inom Verbalt index (förmåga till verbal abstraktion och ordförråd) där hon erhåller ett resultat som hamnar i genomsnittets nedre del. Beträffande Visuospatial index (förmågan att mentalt manipulera visuellt och visuospatialt information) hamnar resultatet klart under genomsnittet med bättre prestation för uppgifter som också kräver motorisk manipulation. Gällande Förmågan till logiskt tänkande och problemlösning (Fluid index) hamnar resultatet klart under genomsnittet. Likaså för Arbetsminne (auditiv och visuellt) och Bearbetninghastighet (kognitiv processhastighet och förmåga att fatta beslut snabbt) hamnar resultaten också klart under genomsnittet och tyder på begränsat minneskapacitet och uppmärksamhetsförmåga.

Exekutiva funktioner: Exekutiva funktioner är ett samlingsnamn på högre kognitiva förmågor som har att göra med organisation, planering, strategi, problemlösning, kognitiv flexibilitet, och reglering av uppmärksamhet och impulser. Patienten, föräldrarna och skolan har fått skatta patientens exekutiva funktioner med hjälp av

Psykologutlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

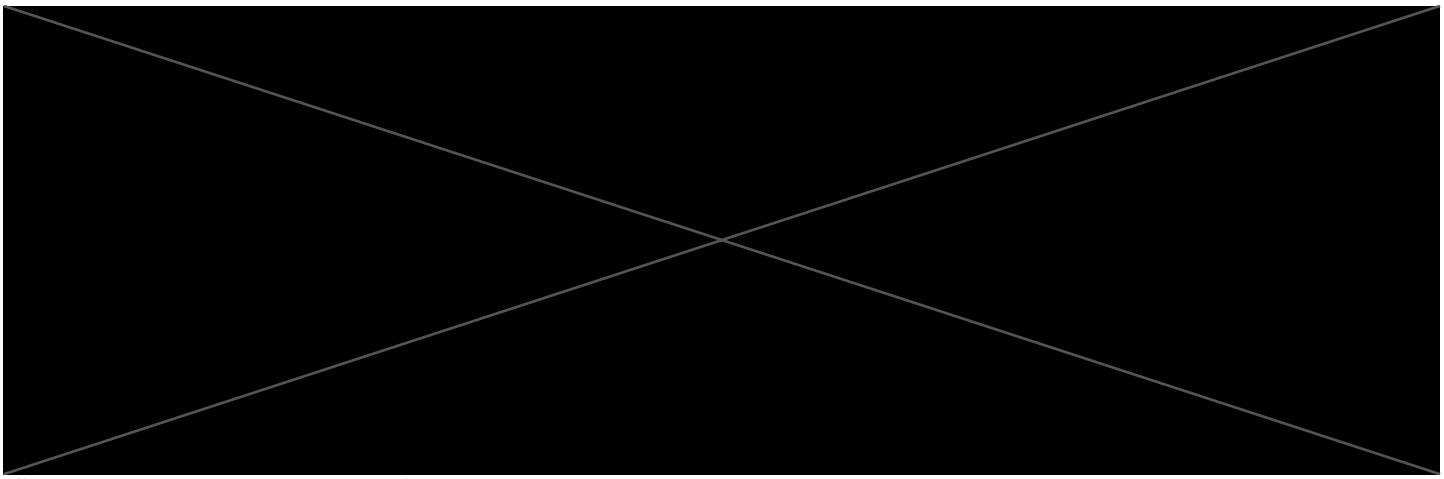
skattningsformuläret

BRIEF-2 som avser utvärdera vardagligt beteende i hemmiljö och skola för att ge en uppfattning om exekutiva funktioner.
Resultaten visar en relativt samstämmig bild mellan förälders och patientens skattningar. Båda beskriver främst svårigheter inom kognitiv reglering, medan beteende- och emotionell reglering framstår som relativt välfungerande.
Föräldern rapporterar svårigheter avseende kognitiv reglering främst med igångsättning och arbetsminne, samt tydliga svårigheter med ordning på material.
Patienten skattar också kognitiv reglering där arbetsminne samt planering och organisation ligger på klinisk nivå.
Vissa skillnader finns mellan skattningarna. Föräldern beskriver större svårigheter med igångsättning, flexibilitet och ordning på material, medan patienten i högre grad upplever svårigheter med arbetsminne och planering/organisation. Båda skattar dock beteende- och emotionell reglering utan kliniskt förhöjda svårigheter.
Pedagogernas skattningar skiljer sig däremot från övriga informanter och beskriver överlag en fungerande exekutiv förmåga i skolmiljön utan påtagliga svårigheter.

D-KEFS är ett testbatteri som mäter exekutiva funktioner. Patienten genomgår testning med deltesterna Color Word Interference test (CWIT) och Trial Making Test (TMT). Den första mäter förmågan att hämma kognitiv interferens som uppstår när bearbetningen av en specifik stimuliegenskap försvårar den samtidiga bearbetningen av en annan stimuliegenskap och den andra mäter kognitiv bearbetningshastighet, visuell uppmärksamhet och mental flexibilitet.
Resultaten för CWIT ger inte indikation på svårigheter med impulskontroll då dessa är genomsnittliga förutom betingelser där hon behöver läsa färgnamn och benämna färger som hamnar klart under genomsnittet. Detta kan också förklaras av begränsat kognitiv processhastighet samt dyslexin.
Resultaten för TMT är samtliga klart och betydligt under och tyder på svårigheter att snabbt välja relevant information i mängden när distraktorer finns och när man behöver byta strategi och tänka om. Kliniska observationer talar för att patienten inte har automatiserad grundläggande förmågor vilket gör att kognitiv energi som behövs för större beslut konkurrerar mot detta.

Sociala färdigheter/ Kommunikativt samspel (IDA intervju med föräldrar/skolan/patienten): Patienten själv anser inte att hon har svårigheter att

Ps kolo utlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

samspela med andra men ogillar att vara i stora sammanhang. Har alltid valt att umgås med sin bästa kompis och umgänget med flera tröttar. Patienten själv medger att hon förstår icke-verbal kommunikation och att det inte förekommer ofta missförstånd. Hon har inte svårt med relationer och har kompisar.

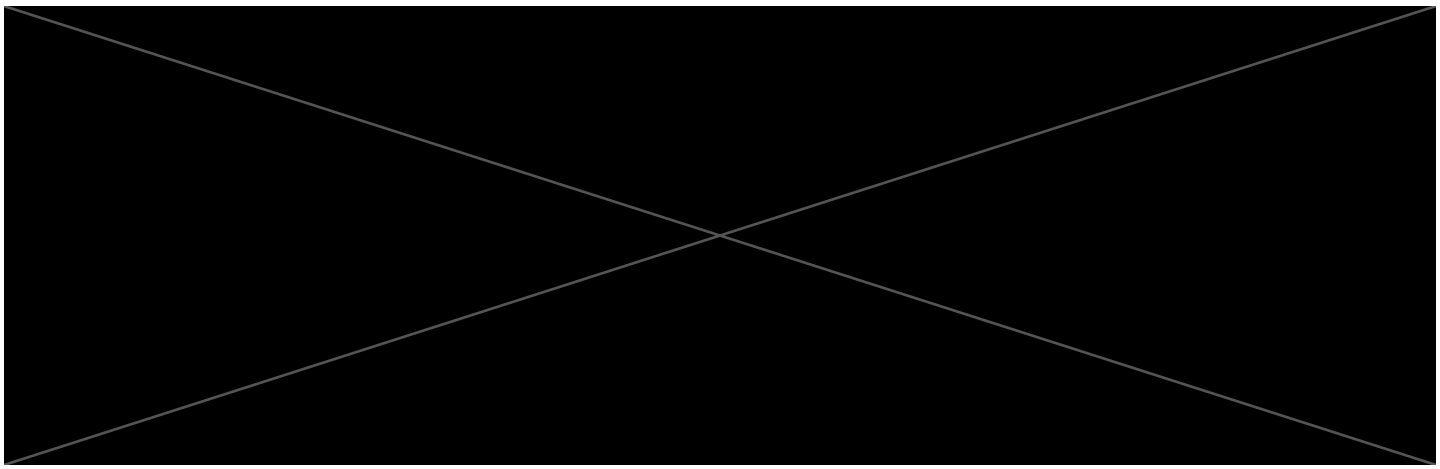
Begränsade/repetitiva beteenden och intressen (IDA intervju med föräldrar/skolan/patienten): Patienten tycker inte om lappar och klipper dessa från kläderna. Är krasslig med maten men har svårt att förklara om det handlar om konsistens eller tankar kring maten. Nekar till specialintressen. Tycker förändringar är jobbiga då hon ofta ställt in sig på hur något ska vara samt att det är jobbigt med att planera om.

Med hjälp av SRS (Social Responssineves Scale) som avser mäta psykologiska egenskaper som associeras med autism rapporterar föräldrar och skola inga kliniska värden vilket innebär att enligt deras uppfattning uppvisar inte patienten på egenskaper som associeras med autism. Detta bekräftas också med hjälp av ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire) är ett screeningformulär för autism ifylld av föräldrar, skolan samt anamnestisk information gällande utveckling.

Ouppmärksamhet (ACE med föräldrar/skolan, Young DIVA med patienten): Information behöver ges till patienten i små portioner annars klarar hon inte av att ta till sig. Brukar fråga sina kompisar i skolan om vad lärarna sa vid genomgångar vilket gör att hon stör andra och upplever att hon inte hinner med exempelvis vid power point. Att förstå instruktionerna är svårt när mycket information ges. Detta bekräftas av föräldrarna i hemmiljön där patienten alltid haft svårt att ta till sig kunskap samt inhämta och förstå information. Både patient och modern rapporterar på symtom inom ouppmärksamhet. Skolan rapporterar inte detta som ett problem men personal som intervjuas bedöms som svaga informanter.

Hyperaktivitet/impulsivitet (ACE med föräldrar/skolan, Young DIVA med patienten): Patienten är väldigt trött efter skolan och orkar inte med mycket sociala aktiviteter eller umgänge med pojkvän och går med på detta för andras skull. Hon tycker det är jobbigt att hennes trötthet påverkar relationer. Patienten pratar inte högt och avbryter andra men hennes kompisar har reagerat över att hon måste säga det hon tycker, exempelvis till lärare vid upplevd orättvisa. Patienten kan agera impulsivt

Ps kolo utlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

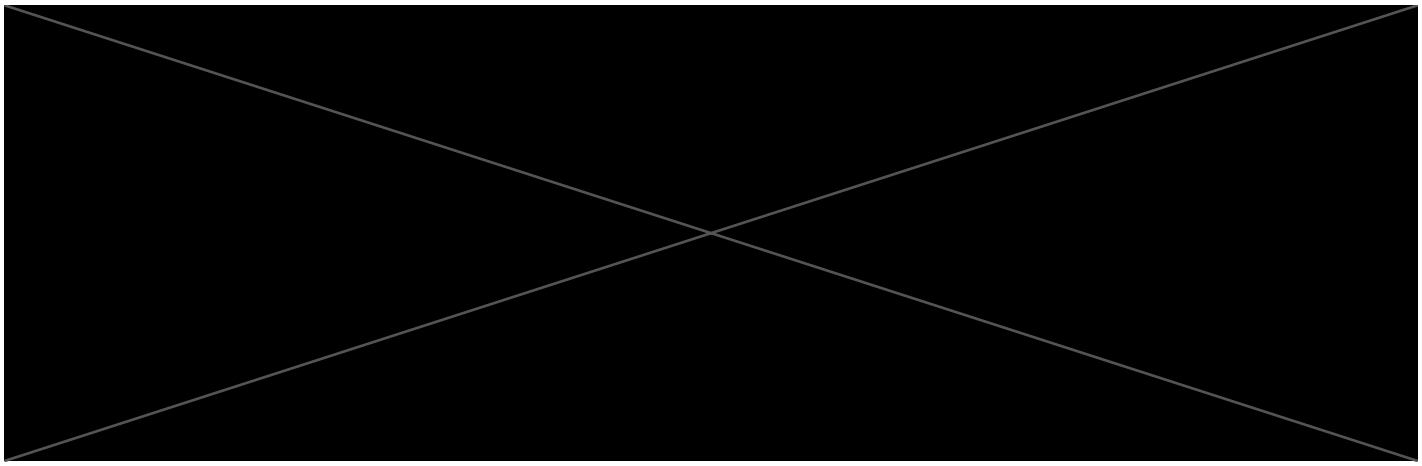
(vilja köpa en tröja) i stunden på grund av rädsla för att glömma. Emellanåt kan patienten få mer energi och prata i skolan ofta innan eller efter lunch vilket strör henne i skolan. Patienten känner hur denna energi kommer och sedan börjar också ta slut men är inte ihållande utan oftast är hon trött och främst på morgonen. Kan då i dessa tillstånd bli ohämmad och hälsa på andra hon inte känner. I högstadiet förekom detta också. Föräldrarna upplever inte patienten som överaktiv, snarare passiv och inga svårigheter med impulskontroll beskrivs av föräldrarna.
Skolan rapporterar inte detta som ett problem men personal som intervjuas bedöms som svaga informanter.

Med hjälp av skattning som avser mäta symtom inom ADHD (SNAP-IV) rapporterar föräldrar endast utfall för symtom inom ouppmärksamhet men inge hyperaktivitet/impulsivitet, kombinerad symtomatologi eller trots. Skolans skattningar rapporterar inga symtom inom ADHD.

Adaptiva färdigheter: Adaptiva färdigheter innebär de färdigheter som behövs för att fungera i vardagen, här ingår även beteenden som ingår under begreppet ADL (aktiviteter i dagliga livet). Patienten sköter i nuläget hygien. Under perioden med kraftigt försämrat mående i högstadiet borstade hon enligt mor sannolikt inte tänderna, men detta kopplas till dåvarande nedstämdhet. Blöjavvänjning uppges ha varit normal. Mor nekar att patienten haft perioder där hon undvikit att gå på toaletten i skolan eller hållit sig. Föräldrarna har behövt arbeta med rutiner kring att patienten ska få i sig mat ordentligt. I nuläget gör patienten lite hemma och behöver stöd för igångsättning i vardagen.

Känslomässigt fungerande: Patienten beskrivs som mycket omtänksam och som en person som bryr sig om alla i sin närhet. Mor beskriver henne som lugn. Kreativitet beskrivs som en styrka när patienten har ork att använda den. Hon har tyckt om att rita, pyssla och leka kreativt. Med hjälp av skattningen "Jag tycker jag är" har patienten fått värdera sig själv. Resultaten visar en något låg självvärdering. Fysiska egenskaper framstår som ett tydligt styrkeområde, liksom relationen till föräldrar och familj, där självvärderingen är relativt positiv. Samtidigt framkommer en mer negativ självbild avseende psykiskt välmående, vilket utgör det mest framträdande svårighetsområdet. Även färdigheter och kompetens samt relationer till andra skattas relativt lågt. Patienten mådde som sämst under högstadiet både på grund av att

Psykologutlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

skolan inte var anpassar samt att hon saknade kompisar och fick byta skola samt slutade med fritidsaktiviteterna då hon upplevde krav och press kring prestation. Förekom då självskadebeteende under en period i ångestlindrande syfte som nu inte förekommer. Även traumatisk händelse i familjen då (flyktingpojke som familjen var kontaktfamilj för försökte suicidera och patienten bevittnade detta). Patienten har bedömts ej lida av PTSD av BUH men erhållit traumafokuserad KBT som stöd för att hantera händelsen. Patienten själv upplever inte detta varit hjälpsamt. Annan traumatisk händelse i familjen är att fars halvsyster tog sitt liv för cirka ett till två år sedan. Patienten hade viss kontakt med henne, tyckte mycket om henne och deltog på begravningen. Patienten påverkades av detta enligt mor.
Patienten tänker mycket kring det som ska hända under dagen, hon vill så mycket med upplever att det inte går då hon saknar energi och är helt slut efter skolan, vilket påverka hennes sociala liv. Sömnen beskrivs som sådär. Vaknar på nätterna och har ibland svårt att somna. Har tidigare haft mer sömnsvårigheter och tar melatonin vid behov, men inte lika ofta nu. Uppger att söndagar inför skolstart tidigare varit svårare. Äter inte frukost, blir ibland hungrig vid cirka kl. 10 och köper då macka i skolans café. Beskriver sig som kräsen med mat och äter periodvis samma mat, exempelvis pasta och ärtor, men smakar på mat som lagas hemma.

.

Skydds- och riskfaktorer

Skyddsfaktorer: God social funktion, stödjande familj, adekvat motorisk och praktisk förmåga, god skolnärvaro aktuellt och även bra trivsel samt aktuell frånvaro av uttalade depressiva eller ångestrelaterade symtom.

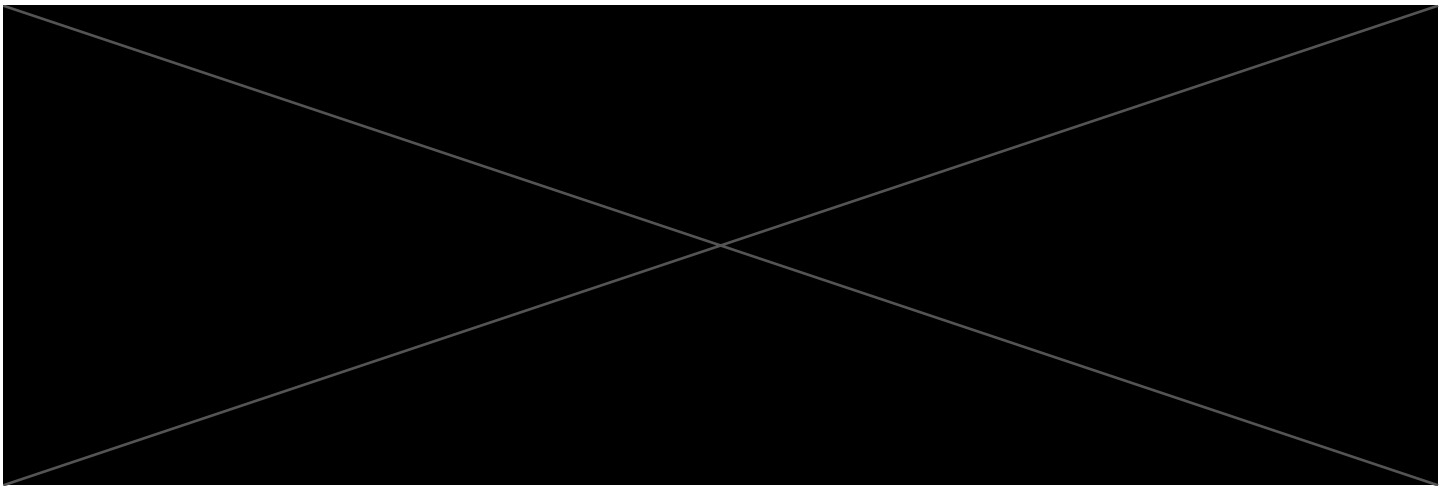
Riskfaktorer: Betydande kognitiva och exekutiva svårigheter, dyslexi, långsam inlärning, skolrelaterad belastning och trötthet samt tidigare depression och traumatiska erfarenheter, vilket ökar risken för fortsatt psykisk ohälsa vid otillräckliga anpassningar.

.

Tillförlitlighet

För BRIEF-2 ger förälderskattningen tveksamma värden på konsekvens skalan, varför den bör tolkas med viss försiktighet. Övriga validitetsskalor är acceptabla. Patientens validitetsskalor är genomgående acceptabla. '

Den anamnestiska intervjun med modern bedöms utgöra en något osäker informationskälla, då hon vid frågor om patientens utveckling inte alltid kan erinra sig när olika händelser eller förändringar inträffat. Hon ger även stundtals vaga beskrivningar av patientens aktuella funktionsnivå.



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

Även informationen från skolpersonalen är begränsad, då de intervjuade personerna har relativt få observationer av patienten i skolmiljön. Mentorn träffar patienten en gång i veckan i samband med teoretisk undervisning, medan specialpedagogen främst har varit involverad i samband med dyslexiutredningen. Skolpersonalen hänvisar därför till de lärare som träffar patienten regelbundet under den praktiska delen av utbildningen. Dessa lärare (Angelica Öman och Linnea Lychou) har besvarat aktuella formulär, i syfte att ge en så representativ och rättvisande bild som möjligt av patientens funktion i skolmiljön.

.

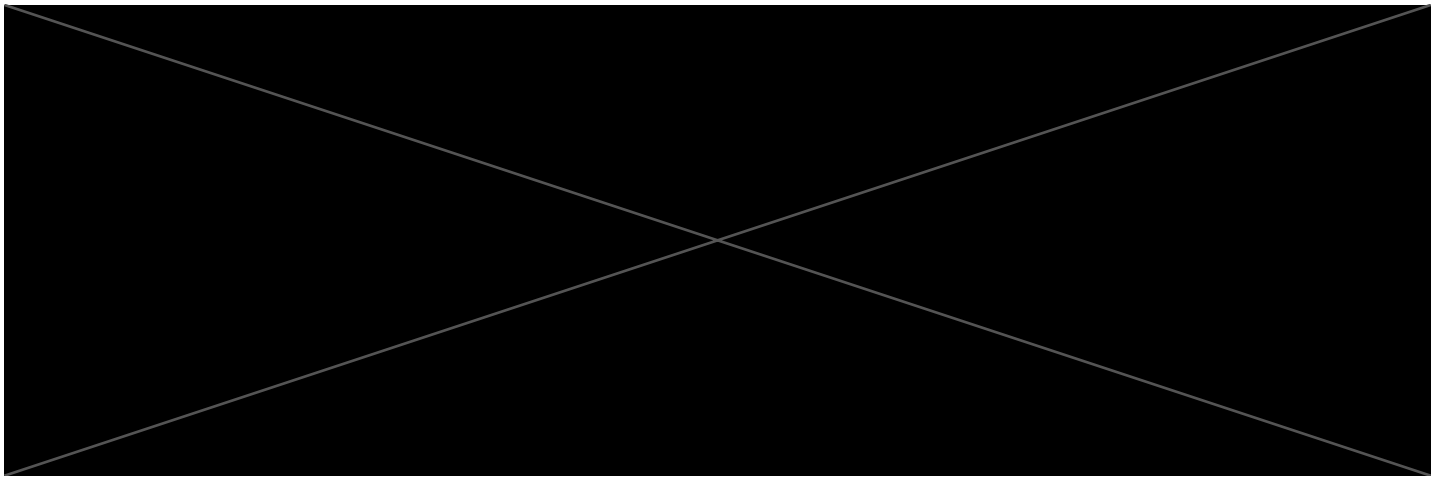
Sammanfattad psykologbedömning

Patienten är 17:5 år gammal vid föreliggande utredning som görs efter remiss från BUP med frågeställning misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning inom ADHD och Autism. Framgår att patienten initierade kontakt med vården för psykisk ohälsa under högstadiet efter icke fungerande skolsituation, dåligt mående och traumatiska händelser. Bedömdes på BUP ej uppfylla kriterier för PTSD och erhöll traumafokuserad KBT via BUH som efter pågående kontakt remitterade tillbaka till BUP med kvarstående svårigheter i skolan. Aktuellt nekas till normbrytande beteenden eller användning av substanser varför föreliggande psykologisk testning bör ge en rättvis bild över patientens funktion. Se under tillförlitlighet för mer information gällande informanter som deltar i utredningen.

Anamnestiska uppgifter om utvecklingen är något osäkra med talar för graviditet och förlossning utan avvikelser och tidig utveckling, tillväxt och motorik var adekvat. Finmotoriken beskrivs som god. Sömnsvårigheter har främst tillkommit under senare år och patienten sover nu ofta 2–3 timmar efter skolan. Föräldrarna behöver även stötta kring mat och måltidsrutiner. Språkutvecklingen var utan tydlig försening, men svårigheter framkommer med att förstå instruktioner, läsa mellan raderna, ironi, prepositioner samt tidsbegrepp och analog klocka. Dyslexi har konstaterats genom skolutredning november 2025 (åk 1 på gymnasiet). Socialt har patienten fungerat i lek och samspel men beskrivs som tyst, tillbakadragen och försiktig i kontakt med andra. Viss ljuskänslighet och svårigheter med förändringar i planer framkommer. Motoriska tics förekom i förskoleåldern men har gått över.

Betydande svårigheter rapporteras (5-15, BRIEF-2) avseende igångsättning, arbetsminne, planering, organisering, uppmärksamhet och att hålla ordning, med

Ps kolo utlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

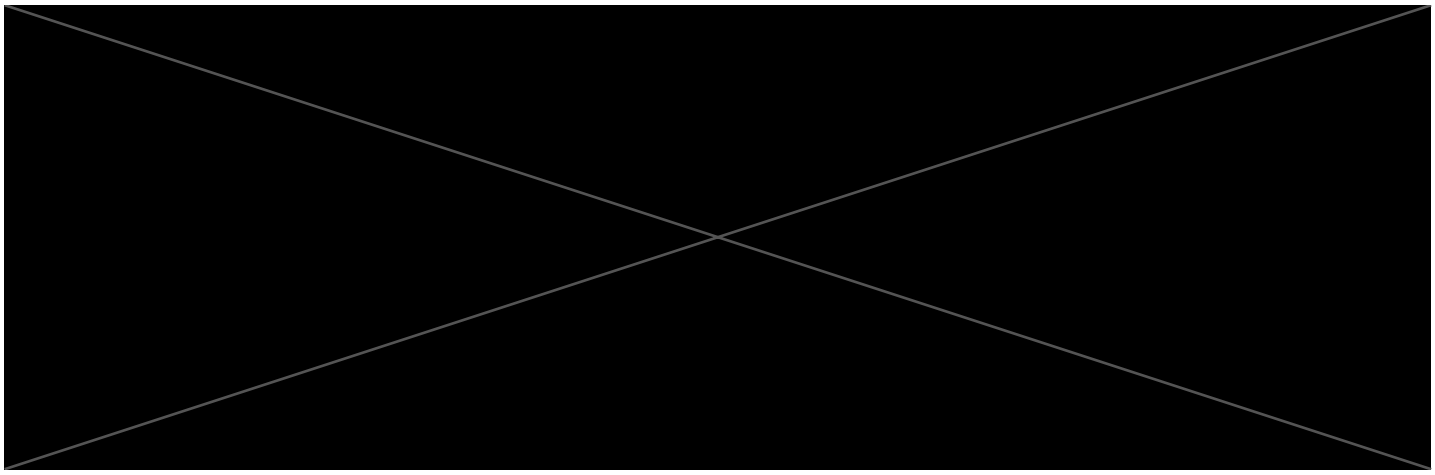
stort behov av föräldrastöd sedan ökade skolkrav i årskurs 6. Patienten är snarare passiv och långsam än överaktiv eller impulsiv. Även svårigheter med inlärning, minne, läsning, skrivning och räkning framkommer, medan praktiskt och motoriskt lärande beskrivs som relativt välfungerande. Både patienten själv och föräldrarna rapporterar exekutiva svårigheter (BRIEF-2). Skolan däremot rapporterar överlag en fungerande exekutiv förmåga i skolmiljön. Med hjälp av halvstrukturerade intervju (ACE, Young DIVA) rapporterar både patienten och förälder svårigheter med uppmärksamhet som funnits genom åren och aktuellt.

Föreliggande begåvningsbedömning visar på jämnt svaga kognitiva förmågor som är klart under genomsnittet förutom verbala förmågor som ligger högre (i genomsnittets nedre del). Svårigheter med inlärningen rapporteras ha varit genomgående under hela skoltiden sedan start med långsammare inlärning. Dock hamnar inte patientens resultat så lågt att en intellektuell funktionsnedsättning kan bekräftas men tydliga inlärningssvårigheter med påverkan på funktion i vardagen, skola och relationer finns. Patientens svårigheter med uppmärksamhet förklaras troligen bättre av svaga kognitiva förmågor snarare än ADHD men den kan inte heller uteslutas då symtomen överlappar varandra. Övrig psykologiska tester (D-KEFS) ger inte indikation på svårigheter med impulskontroll utan är överensstämmande med WAIS-V resultaten och tyder på svårigheter att snabbt välja relevant information i mängden när distraktorer finns och när man behöver byta strategi och tänka om. Kliniska observationer talar för att patienten inte har automatiserad grundläggande förmågor vilket gör att kognitiv energi som behövs för större beslut konkurrerar mot detta. Likaså kan iakttas vissa svårigheter med glömska av instruktioner samt igångsättningen. Adaptiva färdigheter inom kognition är nedsatta men praktiska färdigheter och sociala bedöms fungera bättre men visst stöd behövs även där.

Beträffande autismfrågeställningen så känner varken patienten sig själv i detta eller föräldrarna och en adekvat social utveckling rapporteras samt nekas till svårigheter relaterade till autism (IDA, SRS). Både skolpersonal samt utredningsteamet ser en socialt kompetent flicka som samspelar helt adekvat om aningen att kommunikationen behöver emellanåt förtydligas.

Patientens mående aktuellt bedöms som förhållandevis bra men påtaglig trötthet finns kvar främst kopplad till kraven i skolan med påverkan på hennes sociala liv. Tidigare under högstadiet har patienten varit deprimerad på grund av för höga

Ps kolo utlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

skolkrav och bristande anpassningar. Även psykosociala påfrestningar finns med i bagaget i form av bevittnat suicidförsök hos anhörig samt förlust av annan anhörig i suicid. Patienten har fått traumafokuserad behandling för detta via BUH. Aktuellt medger patienten ett bra mående men något försämrad sömn, omfattande trötthet och nekas till depressiva eller ångestsymtom. Familjen bekräftar bilden. Påverkad självbild som följd av kognitiva svårigheter i skolan.

.

Rekommendationer

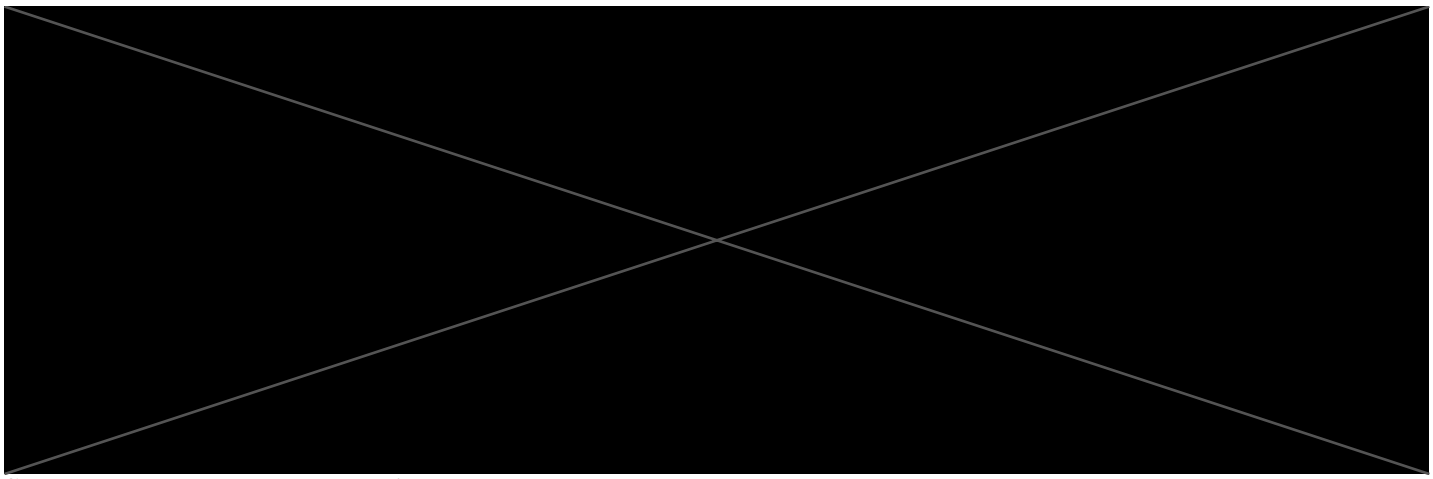
Rekommendationer om insatser som kan ges av vården

- Fortsatt uppföljning av mående, sömn och trötthet, särskilt med tanke på tidigare depression och traumatiska erfarenheter.
- Stöd för exekutiva svårigheter genom arbetsterapeutiska insatser.
- Uppmärksamma den påverkan som patientens kognitiva svårigheter och upprepade skolmisslyckanden kan ha på självkänsla och självbild. Stöd kan behövas för att stärka en mer nyanserad och realistisk bild av den egna förmågan.
- Vid behov erbjuda psykologiskt stöd med fokus på stresshantering, självkänsla och strategier för att hantera upplevda krav och motgångar.
- Sömnsvårigheterna och den uttalade trötttheten bör följas upp. Bedöm om den omfattande sömnigheten efter skoldagen kan minska genom minskad belastning och bättre struktur, samt om ytterligare medicinsk bedömning behövs.
- Vid behov samordning mellan vård, skola och hem, exempelvis genom SIP, för att säkerställa att stödinsatserna är samordnade och långsiktiga.
- Eftersom utredningen visar på generellt svaga kognitiva förmågor och tydliga inlärningssvårigheter bör information och rekommendationer till patienten ges konkret, tydligt och i mindre delar, med kontroll av att informationen har uppfattats.
- Vid eventuell framtida läkemedelsbedömning bör uppmärksamhetssvårigheterna förstås i relation till patientens kognitiva nivå och inlärningssvårigheter, då resultaten i föreliggande utredning inte primärt talar för ADHD.

Anpassningar i hemmiljön

- Ge tydliga, korta och konkreta instruktioner, helst en instruktion i taget. Undvik att ge flera muntliga instruktioner samtidigt.
- Be patienten återberätta vad som ska göras för att säkerställa att instruktionen har uppfattats.
- Använd visuellt stöd, exempelvis checklistor, scheman, kalendrar, påminnelser och

Ps kolo utlåtande BARN RJL

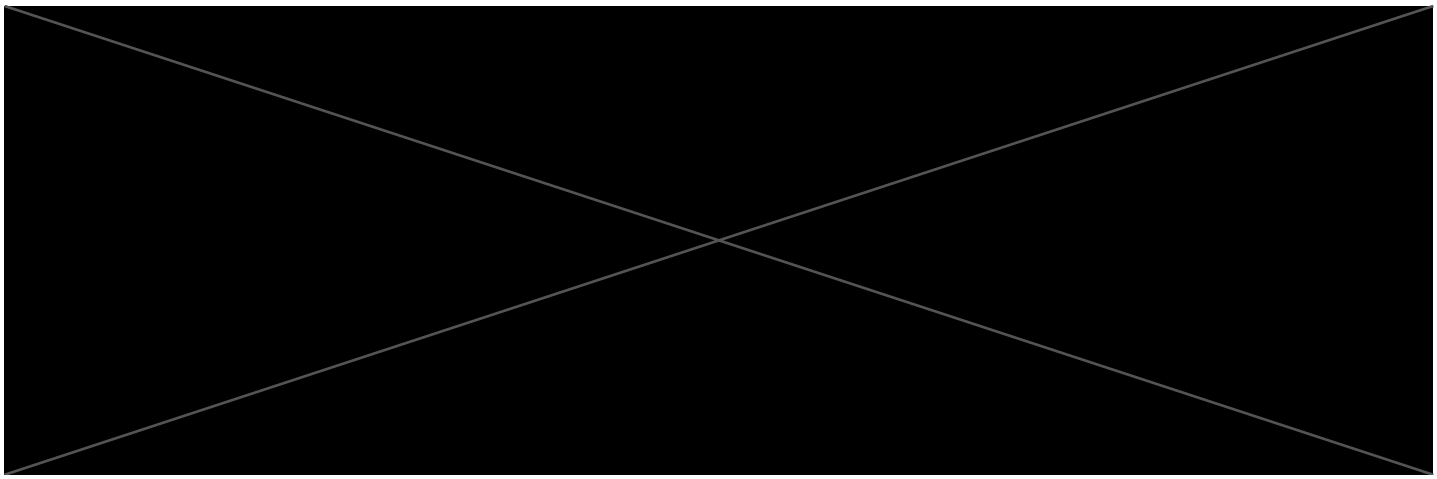


Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

steg-för-steg-listor.
- Skapa fasta rutiner för exempelvis morgon, skola, måltider, läxor, återhämtning och läggning. Förutsägbarhet kan minska den kognitiva belastningen.
- Dela upp större uppgifter i små, tydligt avgränsade delmoment och ge stöd att komma igång. Undvik att förvänta sig att patienten själv ska planera och strukturera hela uppgiften.
- Ge extra tid för att bearbeta information, fatta beslut och genomföra vardagliga uppgifter.
- Föräldrarna bör fortsatt ge praktiskt stöd med planering och organisering, men gärna successivt arbeta med strategier som gör att patienten själv kan genomföra avgränsade delar.
- Begränsa antalet samtidiga krav och undvik att lägga till oväntade moment när patienten redan har en planerad aktivitet.
- Förbered förändringar i god tid och förklara konkret vad som ska hända, när det ska hända och vad som förväntas av henne.
- Skapa en lugn miljö för skolarbete med så få distraktioner som möjligt. Med tanke på ljuskänsligheten kan även belysningen anpassas.
- Uppmärksamma behovet av återhämtning efter skoldagen. Samtidigt kan det vara hjälpsamt att ha en tydlig struktur även för återhämtningen, så att långvarig sömn efter skolan inte ytterligare påverkar nattsömnen.
- Fortsatt stöd kring regelbundna måltider och att få i sig tillräckligt med mat.

Anpassningar i skolan
- Med tanke på de jämnt svaga kognitiva förmågorna, långsammare inlärningstakten, arbetsminnes svårigheterna och dyslexin bedöms patienten vara i behov av omfattande pedagogisk struktur och anpassning.
- Anpassa undervisningen efter patientens kognitiva förutsättningar och långsammare inlärningstakt. Mängden material kan behöva reduceras utan att det centrala innehållet går förlorat.
- Ge instruktioner kortfattat och konkret, muntligt och skriftligt. Dela upp längre instruktioner i mindre steg.
- Kontrollera aktivt att patienten har förstått instruktionen, snarare än att förutsätta att hon har gjort det. Detta rekommenderas alla lärare göra.
- Ge förlängd tid vid prov och uppgifter när det är relevant.
- Ge möjlighet till pauser och återhämtning, särskilt vid längre eller kognitivt

Ps kolo utlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

krävande arbetsmoment.
- Undvik att ställa krav på att patienten samtidigt ska lyssna, minnas instruktioner och anteckna. Tillhandahåll exempelvis färdiga anteckningar eller digitalt material.
- Använd visuellt stöd, konkreta exempel, modeller och stegvisa instruktioner. Ny information bör kopplas till sådant patienten redan känner till.
- Ge återkommande repetition och möjlighet till överinlärning. Ny kunskap kan behöva repeteras fler gånger och i flera olika sammanhang.
- Prioritera det viktigaste innehållet och tydliggör vad patienten förväntas kunna. Undvik onödigt stora informationsmängder.
- Vid läsning bör textmängden anpassas och digitala hjälpmedel, talsyntes och inlästa läromedel användas utifrån dyslexin.
- Vid skrivuppgifter bör patienten få tillgång till relevanta kompensatoriska hjälpmedel, exempelvis stavningsstöd, talsyntes och möjlighet att använda digitala verktyg.
- Vid matematik bör instruktioner konkretiseras och delas upp i steg. Ge tillgång till relevanta stödstrukturer och hjälpmedel.
- Ge stöd i planering, organisering och igångsättning av uppgifter. Det kan exempelvis innebära att en lärare hjälper patienten att bryta ned en större uppgift i konkreta delmål med tydliga deadlines.
- Använd en tydlig veckostruktur och kalender där prov, inlämningar och andra viktiga aktiviteter framgår.
- Ha en utsedd vuxen i skolan som regelbundet följer upp att patienten har förstått vad som ska göras och har kommit igång med sina uppgifter.
- Undvik att tolka långsamhet eller utebliven uppgiftsstart som bristande motivation. Patienten kan behöva aktiv starthjälp för att kunna påbörja uppgifter.
- Se över den totala arbetsbelastningen. Eftersom patienten uppvisar betydande trötthet efter skoldagen bör skolan undvika en situation där samtliga uppgifter förutsätter omfattande arbete hemma.
- Anpassningarna bör vara långsiktiga och följas upp regelbundet för att säkerställa att de faktiskt minskar den kognitiva belastningen.

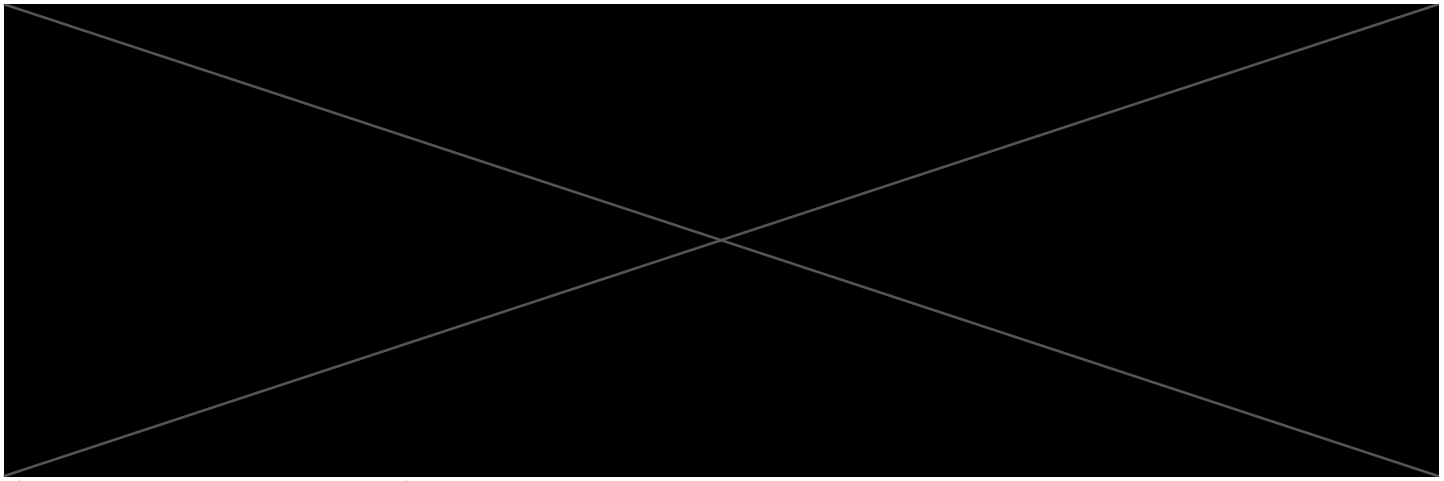
.

Resultatbilaga

Testresultat

Psykologiska testresultat ska tolkas av legitimerad psykolog utifrån helhetsbedömning. Testpsykologisk rådata omfattas av lagar och regler kring instrumentsekretess, enligt 17 kap. 3 c § offentlighets- och sekretesslagen/OSL (2009:400) och arkiveras i enlighet med denna lagstiftning.

Ps kolo utlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

WAIS-V: Konfidensintervall på 95% används för att redovisa resultatet. Resultatet redovisas med hjälp av indexpoäng där 100 utgör genomsnittligt värde och en standardavvikelse utgörs av 15 poäng. Resultaten för deltesterna redovisas med hjälp av skalpoäng.

HIK 76 indexpoäng och inom intervallerna 71 - 83. Det föreligger statistiskt signifikant skillnad mellan Verbalt index i förhållande till Fluid.

Verbalt index: 90 indexpoäng och inom intervallerna 84 - 97. Det föreligger/ej statistiskt signifikant skillnad mellan deltesterna, skalpoäng: Likheter 8, Ordförråd 8.

Visuospatialt index: 83 indexpoäng och inom intervallerna 77 - 93 poäng. Det föreligger eller ej statistiskt signifikant skillnad mellan deltesterna, skalpoäng: Blockmönster 8, Visuella pussel 6.

Fluid index: 71 indexpoäng och inom intervallerna 66 – 81. Det föreligger eller ej statistiskt signifikant skillnad mellan deltesterna, skalpoäng: Matriser 5, Figurvikter 5.

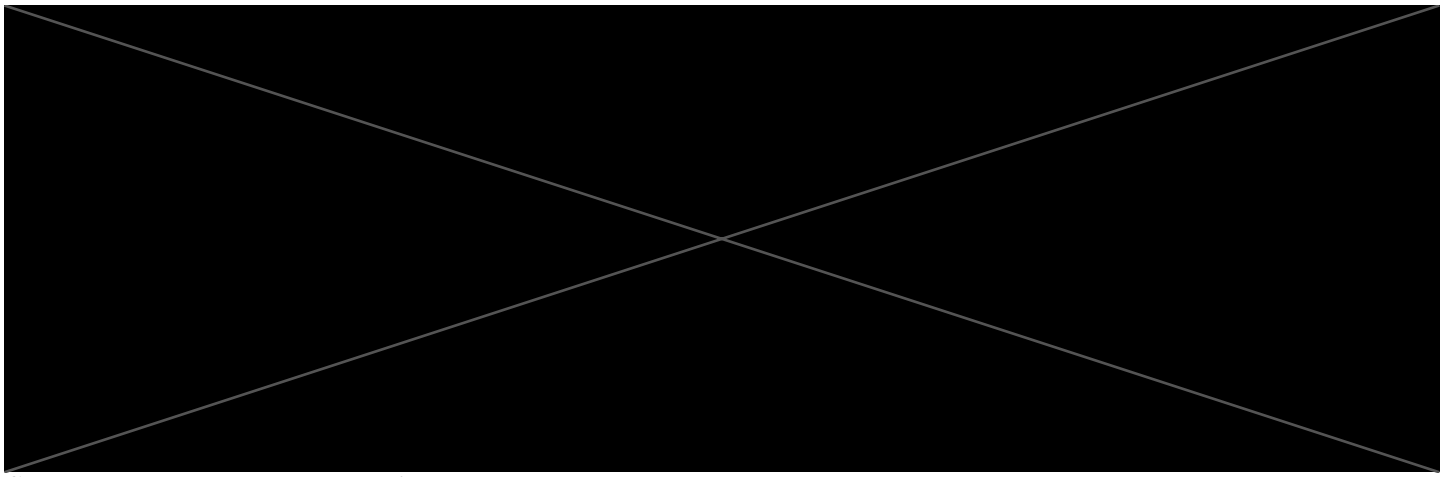
Arbetsminnesindex : 81 indexpoäng och inom intervallerna 75 – 91. Det föreligger eller ej statistiskt signifikant skillnad mellan deltesterna, skalpoäng: Sifferrepetition sekvensering 5, Sifferrepetition löpande 9, Sifferrepetition framlänges 7, Sifferrepetition baklänges 7, Minne för symboler 5.

Snabbhetsindex: 79 indexpoäng och inom intervallerna 73 - 89. Det föreligger eller ej statistiskt signifikant skillnad mellan deltesterna, skalpoäng: Kodning 6, Symbolletning 6, Påskyndat benämning 7.

D-KEFS: amerikanska normer används för att redovisa resultat. Resultatet redovisas med hjälp av skalpoäng samt percentil. Skalpoängen har ett medelvärde på 10 skalpoäng och standardavvikelse på 3 poäng.

Trail Making Test

Ps kolo utlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

Betingelse I (Visuell avsökning): 5 skalpoäng
Betingelse II (Sifferserie): 6 skalpoäng
Betingelse III (Bokstavsserier): 3 skalpoäng
Betingelse IV (Siffer-bokstavsväxling): 3 skalpoäng
Betingelse V (Motorisk hastighet): 1 skalpoäng
Kontrastmått för tidsåtgång mellan Siffer-och bokstavsserier (Betingelse IV) och övriga betingelser (I, II, III, V): 8, 7, 10, respektive 12 kontrast skalpoäng.
Felanalyser: inga fel för övriga uppgifter förutom betingelse 4 där patienten sekvensfel hamnar i percentil 5 och fel total 6 skalpoäng.

Color Word Interference Test
Betingelse I (Benämna färger): 4 skalpoäng
Betingelse II (Läsa färgnamn): 6 skalpoäng
Betingelse III (Inhibering): 7 skalpoäng
Betingelse IV (Inhibering och växling): 9 skalpoäng
Inga avvikande värden för kontrast mått i tidsåtgång.
Inga avvikande värden för felanalyser. Vid inhibering självkorrigerade fel hamnar på percentil 20.
.

Skattningsformulär

Nordiskt formulär 5–15: Resultaten redovisas med hjälp av percentil poäng. Barn som får resultat i percentilklassen 90 – 98% (klara svårigheter) antas ha större svårigheter än barn i deras ålder. Resultat i percentilklassen 98 – 100% (betydande svårigheter) motsvarar de 2% barn som har störst svårigheter enligt normgruppen. Instrumentet är normerad för svenska och nordiska barn.

Föräldrar
Inom percentil 0-90: Motorik, Social kompetens
Inom percentil 90-98: Exekutiva funktioner (uppmärksamhet/koncentration, passivitet/inaktivitet, planera/organisera), Perception (tidsuppfattning, rumsuppfattning), Språk (förståelse), Psykiska problem (internalisering)
Inom percentil 98-100: Minne, Inlärning (angripande av inlärningssituationer, generell inlärning, läsning, skrivning, räkning)

BRIEF – 2: Konfidensintervall på 90 % används för att redovisa resultaten med hjälp av T-poäng där värden över 65 räknas som kliniska.

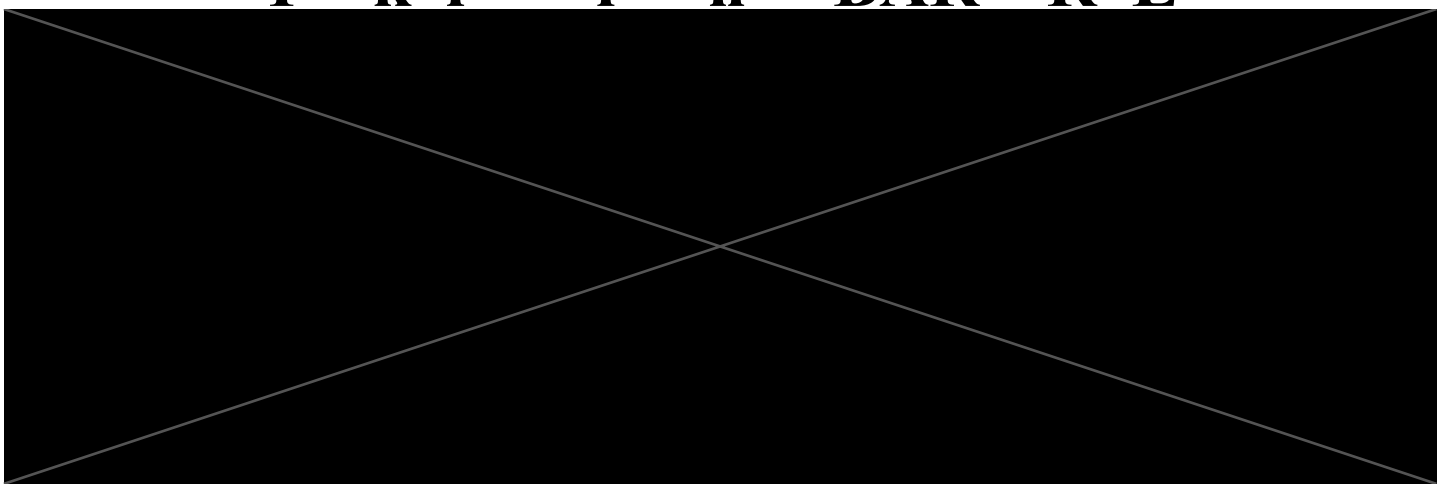
Adress
Bonliva Care Jönköping
Kapellgatan 4
55317 Jönköping

Telefon
08-515 13 410
Fax

E-post
mottagning@bonlivacare.se
Hemsida
https://www.bonlivacare.se/

Org Nr
559313-0510
Tidsbeställning

P k l l n BAR R L



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

BRIEF-2, föräldraformulär/pedagogformulär/självskattning
Global Exekutiv sammansättning (GEC): Föräldrar 63 T-poäng, Skola 50 T-poäng, Självskattning 62 T-poäng

Beteenderegleringsindex (BRI) : Föräldrar 56 T-poäng, Skola 43 T-poäng, Självskattning 59 T-poäng
Inhibition: Föräldrar 54 T-poäng, Skola 43 T-poäng, Självskattning 61 T-poäng
Självmonitorering: Föräldrar 58 T-poäng, Skola 52 T-poäng, Självskattning 53 T-poäng

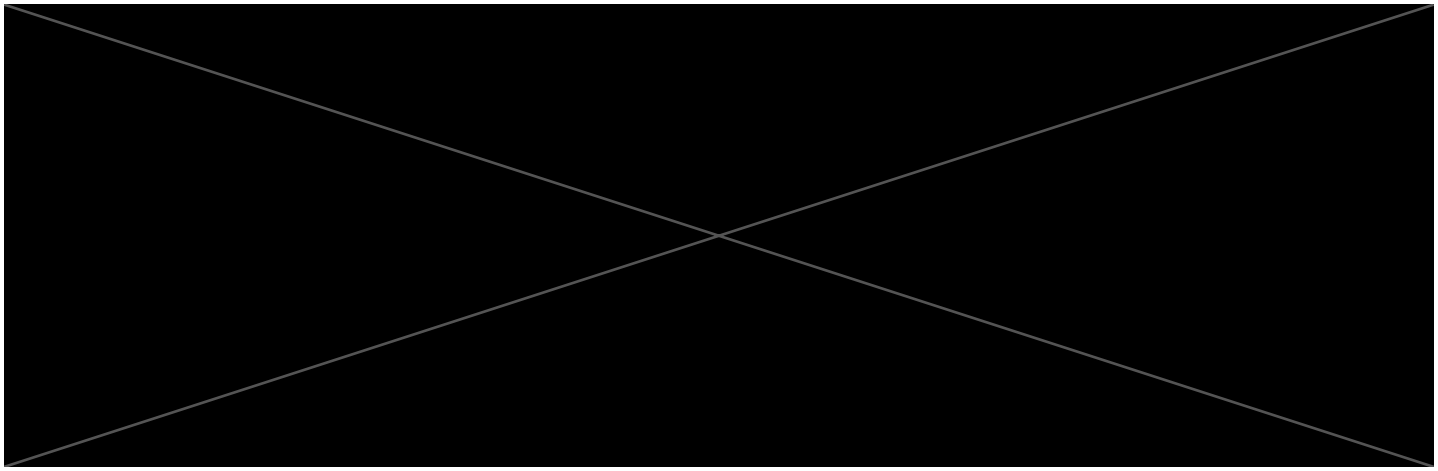
Emotionellt regleringsindex (ERI): Föräldrar 56 T-poäng, Skola 54 T-poäng, Självskattning 51 T-poäng
Flexibilitet: Föräldrar 62 T-poäng, Skola 54 T-poäng, Självskattning 58 T-poäng
Emotionell kontroll: Föräldrar 48 T-poäng, Skola 53 T-poäng, Självskattning 42 T-poäng

Kognitivt regleringsindex (CRI): Föräldrar 67 T-poäng, Skola 45 T-poäng, Självskattning 66 T-poäng
Igångsättning: Föräldrar 70 T-poäng, Skola 50 T-poäng
Slutförande av uppgifter: Självskattning 61 T-poäng
Arbetsminne: Föräldrar 67 T-poäng, Skola 52 T-poäng, Självskattning 68 T-poäng
Planering/Organisation: Föräldrar 63 T-poäng, Skola 43 T-poäng, Självskattning 65 T-poäng
Uppgiftsmonitorering: Föräldrar 56 T-poäng, Skola 54 T-poäng
Ordning på material: Föräldrar 72 T-poäng, Skola 53 T-poäng

Inkonsekvensskala: Föräldrar 7 poäng (tveksam), Skola 1 poäng (acceptabel), Själv 1 poäng (acceptabel)
Negativitetsskala: Föräldrar 2 poäng (acceptabel), Skola 0 poäng (acceptabel), Själv 1 poäng (acceptabel)
Infrekvensskala: Föräldrar 0 poäng (acceptabel), Skola 0 poäng (acceptabel), Själv 0 poäng (acceptabel)

SRS-2: 50 eller lägre T poäng är inom genomsnittet. T-poäng över 60 ger indikation på låg nivå av svårigheter inom autism men räknas som kliniskt signifikanta och ju

Ps kolo utlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

högre T poäng desto större svårigheterna.

Föräldraformulär/Pedagogformulär
Totalpoäng: Föräldrar 53 T-poäng, Skola 45 T-poäng
Social kommunikation (SKI): Föräldrar 52 T-poäng, Skola 44 T-poäng
Flexibilitet (FLEX): Föräldrar 56 T-poäng, Skola 49 T-poäng

Social medvetenhet: Föräldrar 42 T-poäng, Skola 48 T-poäng
Social kognition: Föräldrar 53 T-poäng, Skola 46 T-poäng
Social kommunikation: Föräldrar 47 T-poäng, Skola 43 T-poäng
Social motivation: Föräldrar 67 T-poäng, Skola 44 T-poäng
Flexibilitet: Föräldrar 56 T-poäng, Skola 49 T-poäng

Jag tycker jag är (Version B) redovisas med hjälp av stanine där medelvärdet är 5 poäng och standardavvikelsen 2.
Totalpoäng: stanine 4
Fysiska egenskaper: stanine 8
Färdigheter och kompetens: stanine 3
Psykiskt välmående: stanine 2
Relationer till föräldrarna och familjen: stanine 7
Relationer till andra: stanine 3

SNAP-IV: DSM kriterier och utifrån amerikanska gränsvärden som är beräknade på antaganden om en prevalens på 5 % i barn/ungdomspopulationen.

Föräldrarna rapporterar 2,22 poäng på Ouppmärksamhet vilket är över (cut-off 1,78), rapporteras 0,44 poäng på Hyperaktivitet/impulsivitet som hamnar under (cut-off 1,44), för ADHD kombinerad symtomatologi rapporteras 1,33 poäng som är under (cut-off 1,67) och 0,37 poäng på Trots som är under (cut-off 1,88).

Skolan rapporterar för ouppmärksamhet 0,33 poäng som är under (cut-off 2,56), på Hyperaktivitet/impulsivitet 0,11 poäng som är under (cut-off 1,78) på ADHD kombinerad typ 0,22 som är under (cut-off 2,00) och på Trots 0,12 som är under (cut-off 1,38).

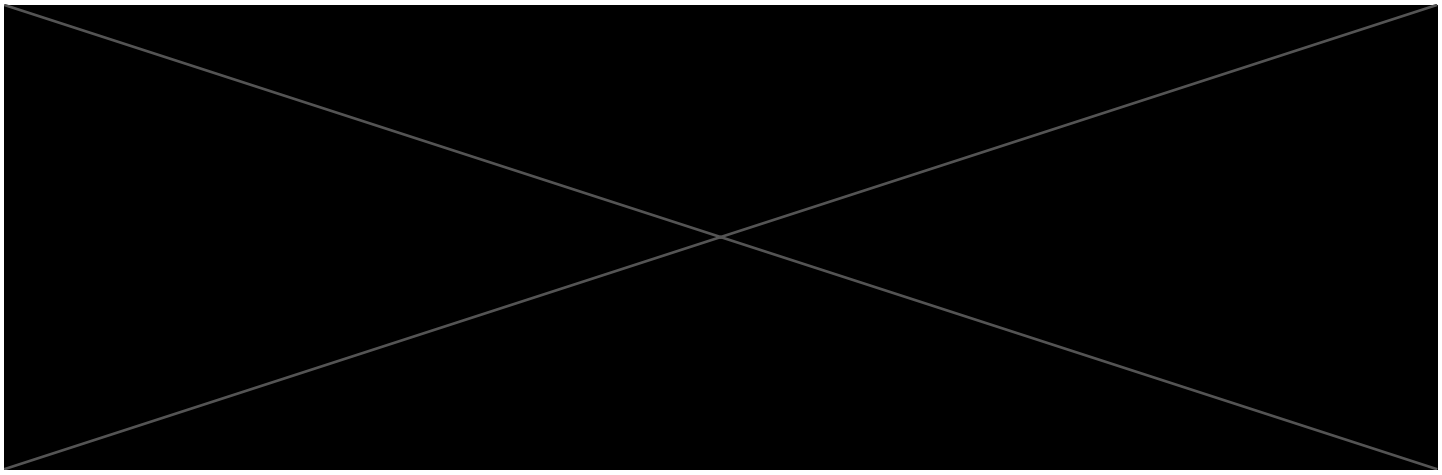
Adress
Bonliva Care Jönköping
Kapellgatan 4
55317 Jönköping

Telefon
08-515 13 410
Fax

E-post
mottagning@bonlivacare.se
Hemsida
https://www.bonlivacare.se/

Org Nr
559313-0510
Tidsbeställning

Ps kolo utlåtande BARN RJL



Spec. psykolog Vlora Jashari Nyberg

	ASSQ: Cut-off 19 poäng. Föräldrar: 1 poäng vilket understiger gränsvärden Skola: 2 poäng vilket understiger gränsvärden
Strukturerade intervjuer	ADHD Child Evaluation (ACE) föräldrar För ouppmärksamhet utfall för följande symtom: b, d, e, f, g, i (6 av 9 helt) För hyperaktivitet/impulsivitet utfall för följande symtom: a (1 av 9 helt) ADHD Child Evaluation (ACE) med skola går ej att genomföra på ett tillförlitligt sätt. Young Diva med patient För ouppmärksamhet utfall för följande symtom: delvis a, b, delvis d, e, delvis f, g, h, i (5 helt och 2 delvis) För hyperaktivitet/impulsivitet utfall för följande symtom: a (1 av 9 helt) Intervju vid diagnostik av Autism enligt DSM-5 (IDA) med föräldrar/skolan A1. Nedsättning i social ömsesidighet: Förekommer inte A2. Nedsättning i icke-verbalt kommunikativt beteende: Förekommer inte A3. Nedsatt förmåga att utveckla, bevara och förstå relationer: Förekommer inte B1. Stereotypa eller repetitiva beteenden: Förekommer inte B2. Oflexibilitet och rutinbundenhet: Förekommer inte B3. Starkt begränsade, fixerade intressen: Förekommer inte B4. Sensorisk hypo- eller hyperreaktivitet: Förekommer inte Intervjun indikerar ej på svårigheter i led med autismspektrumtillstånd. .
Signering	I tjänsten, Vlora Jashari Nyberg Leg. psykolog, specialist inom klinisk barn- och ungdomspsykologi.
KVÅ-kod	GD003 Intyg, omfattande
KVÅ-kod	UW006 Neuropsykiatrisk utredning

Adress
Bonliva Care Jönköping
Kapellgatan 4
55317 Jönköping

Telefon
08-515 13 410
Fax

E-post
mottagning@bonlivacare.se
Hemsida
https://www.bonlivacare.se/

Org Nr
559313-0510
Tidsbeställning