



Stödmaterial

för psykologisk utredning med frågeställning ”Intellektuell funktionsnedsättning” inför mottagande av elev i anpassade grundskolan och anpassade gymnasieskolan

Innehållsförteckning

Psykologisk bedömning inför mottagande i anpassade grundskolan och anpassade gymnasieskolan.....	3
Juridiken för mottagande: Skollagen och Skolverkets allmänna råd	3
Diagnostiska klassificeringssystem	4
Vad bör en psykologbedömning med frågeställning ”Intellektuell funktionsnedsättning” innehålla?	6
Anamnes	6
Observation av barnet samt samtal med barnet	7
Test med metodik som avser mäta allmänintellektuell nivå	7
Kartläggning och bedömning av adaptiv förmåga	9
Analys av utredningsmaterialet.....	11
Sammanfattning och rekommendationer.....	13
Checklista för psykologutlåtandet	13
Referenser.....	14

Psykologisk bedömning inför mottagande i anpassade grundskolan och anpassade gymnasieskolan

Att utreda en elev med frågeställningen ”Intellektuell funktionsnedsättning” ställer höga krav på psykologens differentialdiagnostiska förmåga. Innan diagnosen intellektuell funktionsnedsättning ställs bör man ha försäkrat sig om att elevens inlärningssvårigheter inte har andra orsaker.

En intellektuell funktionsnedsättning är varaktig över tid och medför som regel att eleven inte kommer att klara sitt framtida liv helt självständigt, utan i mer eller mindre utsträckning kommer att vara i behov av stöd i någon form även under vuxenlivet.

Det kan underlätta det diagnostiska ställningstagandet om eleven tidigare har bedömts av psykolog. Det bör då åtminstone ligga en till två år mellan bedömningarna. Att göra en uppföljande bedömning är extra viktigt när det saknas en detaljerad anamnes, något som är relativt vanligt förekommande när det handlar om elever som inte är födda i Sverige. Det diagnostiska ställningstagandet blir säkrare om det bygger på två olika testbatterier där resultaten bekräftar varandra. Särskilt viktigt är det med två olika testbatterier om en elev bedömts utifrån endast ett utredningstillfälle.

Juridiken för mottagande: Skollagen och Skolverkets allmänna råd

För att prövning ska kunna ske av frågan om en elev kan tas emot i anpassade grundskolan eller anpassade gymnasieskolan krävs bland annat en psykologisk bedömning. Detta framgår tydligt i Skollagen:

”Barn som på grund av att de har en intellektuell funktionsnedsättning inte bedöms ha förutsättningar att uppfylla sådana betygskriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som gäller för grundskolan och som minst ska uppfyllas, ska tas emot i anpassade grundskolan.

Frågan om mottagande i anpassade grundskolan prövas av barnets hemkommun. Ett beslut om mottagande i anpassade grundskolan ska föregås av en utredning som omfattar en pedagogisk, psykologisk, medicinsk och social bedömning.” (7 kap. 5§ Skollagen, 2010:800)

Enligt Skolverkets allmänna råd om mottagande i anpassade grundskolan och anpassade gymnasieskolan ska den psykologiska bedömningen ge svar på frågan om eleven har en intellektuell funktionsnedsättning eller inte:

”En psykologisk bedömning bör göras av en legitimerad psykolog, till exempel skolpsykologen eller en externt anlita psykolog. Syftet är att fastställa om eleven har en utvecklingsstörning eller inte.” (Sida 21, Allmänna råden om mottagande i grundsärskolan och gymnasiesärskolan, 2018).

I skollagen har det inte närmare definierats vad som menas med intellektuell funktionsnedsättning men däremot finns en definition i de allmänna råden inför mottagande i anpassade grundskolan och anpassade gymnasieskolan:

”Utvecklingsstörning definieras som nedsättning i intelligensförmåga konstaterad under uppväxten och en samtidig nedsättning i adaptiv förmåga eller beteende. Dessa två kriterier för att definiera utvecklingsstörning, intelligensförmåga och adaptiv förmåga, återfinns i flera diagnostiska klassifikationsystem”. (Sidan 8, Allmänna råden om mottagande i grundsärskolan och

gymnasiesärskolan, 2018).

De allmänna råden innehåller även rekommendationer för psykologbedömningen. Där står bland annat:

”Intelligenstestning är viktig men den måste sättas in i ett sammanhang. Bedömningen av barnets eller elevens adaptiva förmåga, det vill säga hur han eller hon kan använda sin förmåga i olika sammanhang, är lika viktig för helheten.”(Sidan 21-22, Allmänna råden om mottagande i grundsärskolan och gymnasiesärskolan, 2018)

De allmänna råden lyfter också fram betydelsen av att extra uppmärksamhet ägnas åt faktorer som kan påverka den samlade utredningen av ett barn eller en elev, exempelvis annan språklig bakgrund: *”Det är viktigt att se till att det är elevens kognitiva förmågor som mäts och inte eventuella språksvårigheter.”(Sidan 19, Allmänna råden om mottagande i grundsärskolan och gymnasiesärskolan, 2018)*

Diagnostiska klassificeringssystem

I Sverige använder man sig av två diagnostiska klassificeringssystem vid diagnostisering av intellektuell funktionsnedsättning:

- **ICD-10-SE** (International statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem- Systematisk förteckning, svensk version 2011) som är en svensk version av International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10), publicerad av Världshälsoorganisationen (WHO), 1992.
- **DSM-5** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition, publicerad av American Psychiatric Association, 2013. Svensk översättning finns i förkortad version som Mini-D 5, utgiven 2014.)

I **ICD-10-SE** motsvaras Skollagens begrepp intellektuell funktionsnedsättning av diagnosen **Psykisk Utvecklingsstörning (F70-F79)**. Enligt manualen fastställs diagnosen psykisk utvecklingsstörning samt graden av den med hjälp av standardiserade intelligenstest samt skalor för bedömning av adaptiv förmåga. Det betonas i manualen att mätresultaten måste ses som en approximativ indikation på nivån av psykisk utvecklingsstörning. Resultaten anses vidare vara del av en helhetsbedömning utförd av en erfaren diagnostiker.

ICD-10 skiljer mellan följande grader av psykisk utvecklingsstörning:

- Lindrig psykisk utvecklingsstörning (F70), IK-intervall 50 – 69
- Medelsvår utvecklingsstörning (F71), IK-intervall 35 – 49
- Svår psykisk utvecklingsstörning (F72), IK-intervall 20 – 34
- Grav psykisk utvecklingsstörning (F78), IK under 20
- Annan psykisk utvecklingsstörning (F78)
- Ospecificerad psykisk utvecklingsstörning (F79)

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) är utgiven av det amerikanska psykiatriska sällskapet (American Psychiatric Association) för klassificering av psykiska sjukdomar. **DSM-5** har inneburit vissa förändringar jämfört med DSM-IV gällande definition och diagnostisering av psykisk utvecklingsstörning. Exempelvis har diagnosen “Mental retardation”

ersatts med begreppet "Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)". En annan viktig skillnad är att graden av intellektuell funktionsnedsättning fastställs utifrån individens adaptiva förmåga.

Diagnoskoderna i DSM-5 är huvudsakligen desamma som i ICD, men det förekommer skillnader på några punkter. I utvecklingen av de diagnostiska systemen eftersträvas en större överensstämmelse mellan DSM och ICD. Ett exempel på det är den diagnostiska beteckningen för utvecklingsstörning i DSM-5: "Intellectual disability". När ICD-11 ersätter ICD-10 (Sv översättning planerad till slutet av 2024 enl soc styrelsen) kommer "Intellectual disability" att användas även i ICD-systemet.

DSM-5 i sin helhet finns inte i svensk översättning. Däremot gavs en kortversion, "**Mini-D 5**" ut på svenska 2014. Begreppet "Intellectual disability" heter i den svenska översättningen **Intellektuell funktionsnedsättning**.

Vid användande av **Mini-D 5** bör man vara medveten om att det är en kraftigt förkortad version av DSM-5. Det medför bland annat att viss bakgrundsinformation saknas som är relevant då man överväger att sätta diagnosen intellektuell funktionsnedsättning. Exempelvis framgår det inte i Mini-D 5 hur brister i intellektuella funktioner kan visa sig rent psykometriskt (IK-intervall är inte angivet). Det rekommenderas därför att man som psykolog i det diagnostiska arbetet bör ha tillgång till **både** den amerikanska originalversionen av DSM-5 och den svenska Mini-D 5.

Enligt DSM-5 är en intellektuell funktionsnedsättning en psykisk störning som kännetecknas av tre kriterier, vilka samtliga måste vara uppfyllda:

- Brister i intellektuella funktioner såsom slutledningsförmåga, problemlösning, planering, abstrakt tänkande, omdöme, studieförmåga och förmåga att lära av erfarenheter vilket styrks via såväl klinisk bedömning som via individualiserad, standardiserad intelligenstestning. Bristerna i intellektuella funktioner visar sig i testresultat som ligger ungefär två standardavvikelse, eller mer, under populationsgenomsnittet. För ett test med en standardavvikelse på 15 och ett medelvärde på 100 innebär det ett testresultat som inte ligger högre än 65-75, mätfelet inräknat.
- Brister i adaptiv funktionsförmåga vilket leder till att personen inte når upp till den utvecklingsmässigt och sociokulturellt förväntade nivån av personligt oberoende och socialt ansvarstagande. En avsevärt nedsatt adaptiv funktionsnivå i åtminstone ett av de tre följande färdighetsområdena krävs: kognitiv, social, praktisk (kriterium B).
- Debut under utvecklingsperioden, d.v.s. att en avsevärt nedsatt intellektuell och adaptiv funktionsnivå konstaterad under barndom- eller ungdomsåren (kriterium C).

DSM-5 skiljer mellan följande grader av intellektuell funktionsnedsättning:

- 317 lindrig (F70)
- 318.0 medelsvår (F71)
- 318.1 svår (F72)
- 318.2 mycket svår (F73)

De amerikanska motsvarigheterna är *mild, moderate, severe och profound*.

Som tidigare nämnts fastställs graden av intellektuell funktionsnedsättning utifrån de adaptiva svårigheterna, förutsatt att det samlade testresultatet inte överstiger ett IK-värde på 75. Det är alltså inte längre ett visst IK-intervall som avgör graden av intellektuell funktionsnedsättning. I DSM-5 anges som skäl för detta att de adaptiva svårigheterna är avgörande för vilken grad av stöd

som individen behöver. Beskrivningar av vad som kännetecknar olika nivåer av adaptiva svårigheter finns i tabell 1, det gäller för både DSM-5 och Mini-D 5.

När det av någon anledning (exempelvis fysiska handikapp, stora beteendeproblem, omöjligt att genomföra standardiserad testning) inte är möjligt att fastställa graden av intellektuell funktionsnedsättning kan någon av följande diagnoser användas:

- för barn som är yngre än fem år: 315.8 Generell psykisk utvecklingsavvikelse (F88)
- för barn som är fem år eller äldre: 319 Ospecificerad intellektuell funktionsnedsättning (F79).

Det betonas i diagnosmanualen att båda dessa diagnoser ska användas endast under mycket speciella omständigheter, samt att de ska omprövas efter en tid. Man ska utreda på nytt när det bedöms möjligt att fastställa graden av intellektuell funktionsnedsättning.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det finns såväl likheter som skillnader mellan ICD-10 och DSM-5. Båda är väl etablerade system, som kan användas som stöd i samband med diagnossättning – som i övrigt måste vila på ett gediget utredningsarbete, och en psykologisk bedömning grundad i klinisk erfarenhet.

På de följande sidorna redogörs för vad en utredning med frågeställningen intellektuell funktionsnedsättning bör innehålla.

Vad bör en psykologbedömning med frågeställning ”Intellektuell funktionsnedsättning” innehålla?

En psykologisk utredning med frågeställningen Intellektuell funktionsnedsättning bör innehålla följande delar:

- Anamnes
- Observation av barnet samt samtal med barnet
- Testning med metodik som avser mäta allmänintellektuell förmåga
- Kartläggning av adaptiv förmåga
- Analys av utredningsmaterialet
- Sammanfattning och rekommendationer

Anamnes

I anamnesen bör elevens hälsa och utveckling fram till bedömningstillfället beskrivas. Barnets utveckling och förmågor under hela uppväxtperioden ska beskrivas vad gäller språk, motorik, lek och samspel, samt ADL-funktioner. Det ingår också som en viktig del i anamnesen att noggrant beskriva elevens kunskapsutveckling under skoltiden. Extra anpassningar och särskilt stöd bör beskrivas samt vad dessa har lett till i elevens kunskapsutveckling. Informationen om barnets utveckling är viktigt ur ett differentialdiagnostiskt perspektiv. Den kan tala för att det föreligger en intellektuell funktionsnedsättning eller för att det finns andra orsaker som ligger till grund för ett barns inlärningsproblem.

Information från anamnesen är nödvändig för den analys och diagnostisering som avslutningsvis ska göras av psykologen utifrån det sammantagna materialet. Frågor till vårdnadshavare, pedagoger och andra uppgiftslämnare ska ställas utifrån vad var och en kan förväntas ha kännedom om. Nedan finns exempel på ett antal frågor att ha som utgångspunkt vid anamnestagningen:

- Hur har barnets tidiga utveckling sett ut? Har det funnits tidiga tecken på svårigheter eller avvikelser – vad gäller motorik, språk, eller annat?
- Hur är föräldrarnas bild av barnets utveckling i förhållande till syskon?
- Hur har barnets utveckling sett ut i jämförelse med andra, jämnåriga barn?
- Har barnet fått tillräcklig stimulans eller har det varit påtagligt understimulerat?
- Är förseningen i kunskapsutveckling så stor att den kan vara förenlig med en utvecklingsförsening?
- Har det utvecklingsmässiga avståndet till jämnåriga ökat eller minskat?
- Hur ser familjens kultur- och skoltraditioner ut?
- Hur har möjligheterna till utveckling sett ut?
- Kan andraspråksinläringen ha påverkat möjligheterna till kunskapsutveckling?
- Har skolgången präglats av kontinuitet eller av många stora förändringar?
- Kan den sociala situationen i eller utanför skolan ha haft en betydande påverkan på barnets kunskapsmässiga utveckling? (Denna fråga bedöms vid ansökan till anpassade skolan även av kurator, men är viktig även i samband med diagnostiska överväganden).
- Hur klarar barnet vardagslivet och socialt samspel med andra?
- Hur klarar barnet vardagsfärdigheter?
- Kan barnets aktivitetsnivå/koncentrationsförmåga ha påverkat kunskapsutvecklingen?

Psykologen bör ta del av barnavårds- och skolhälsovårdsjournalen, eventuella medicinska bedömningar samt tala med vårdnadshavare för att få fram om det föreligger eventuella skador eller sjukdomar som kan ha gett upphov till utvecklingsmässiga svårigheter.

Då det gäller elever med annan språklig bakgrund är det viktigt att elevens språkliga utveckling på modersmålet och inläringen av svenska språket beskrivs. Modersmåls- och svenska som andraspråksläraren kan vara viktiga informationskällor i sammanhanget.

Om tidigare psykologutredningar genomförts är det angeläget att information från dessa inhämtas och att det framgår i anamnesen vilka bedömningar som har gjorts, vad dessa har visat och vilka insatser dessa har lett till.

Observation av barnet samt samtal med barnet

Observation samt samtal med barnet under testningen, i klassrummet eller på fritids ger värdefull information om mognadsnivå, problemlösningsförmåga, koncentrationsförmåga och socialt samspel med vuxna respektive barn. Samtalet kan också ge indikationer på hur barnet upplever sin skolsituation, fritid samt hemförhållanden.

Test med metodik som avser mäta allmänintellektuell nivå

Det är den utredande psykologens uppgift att i varje enskilt fall välja de testinstrument som kan vara till hjälp för att besvara frågan om det föreligger en intellektuell funktionsnedsättning. Valet av testinstrument bör baseras på faktorer som ålder, funktionsnedsättning, språklig bakgrund, kommunikationsförmåga, talat språk etcetera.

I det följande finns exempel på vanliga testinstrument:

Bayley-III (Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Third Edition) är ett test för allsidig utvecklingsbedömning för barn i åldern 1 – 42 månader.

CFT 20-R (Catell's Fluid Intelligence Test, Scale 2) är ett begåvningsstest med icke-verbala

testuppgifter som administreras muntligt eller skriftligt med papper-och-penna eller digitalt. Det är avsett för personer i åldern 8½ till 60 år.

Griffiths (Griffith's Mental Development Scales) används för utvecklingsbedömningar av barn upp till 8 år. Materialet innehåller skalor för följande områden: Grovmotorik, personlig-social förmåga, språk, öga-hand-koordination, prestanda (utförande av olika visuo-spatiala uppgifter), praktiskt resonerande. Griffiths utvecklingsskalor är användbart när barn ligger på tidig utvecklingsnivå, och är svåra att testa med de mest vanliga testinstrumenten. Det finns i en reviderad version (GMDS 0-2 och GMDS-ER 2-8) tillgänglig via Hogrefe Förlag.

Leiter-3 (Leiter International Performance Scale – 3rd Edition) är ett icke-verbalt testinstrument. Testet är avsett för personer i åldern 3 till 75 år. Leiter-3 lämpar sig väl för bedömning av barn med annat modersmål samt för barn med funktionsnedsättningar som nedsatt hörsel, språkstörning, verbala kommunikationssvårigheter och autism. Leiter-3 kan också vara ett komplement till WISC-V.

Merrill-Palmer-R (Revised Scales of Development) är en utvecklingsskala för bedömning av barn i åldern 1 månad till 6,5 år. Skalorna är mycket användbara för utredning av barn som inte kan testas med något av testbatterierna i Wechsler-serien. Det gäller för barn som befinner sig på en låg utvecklingsnivå, samt för barn med autism.

Mullen Scales of Early Learning är en utvecklingsskala för mätning av kognitiv förmåga och motorik för barn i åldern 0 – 68 månader.

Ravens matriser (Raven's Educational CPM och Raven's Educational SPM Plus) är icke-verbalt test för bedömning av generell begåvning för barn och vuxna i åldern 4-11 respektive 7-18 år.

RCFT (Rey Complex Figure Test and Recognition Trial), **NEPSY-II** och **D-KEFS** är exempel på test som tillsammans med begåvnings-test kan bidra till helheten med fördjupad information om barnets/elevens funktionsnivå.

SON-R (Snijders-Oomen Non-Verbal Intelligence Test). Det finns två versioner av testet. Den ena är avsedd för barn i åldern 2½ - 7 år, den andra för åldern 6 – 40 år. Testet lämpar sig väl för bedömning av barn med funktionsnedsättningar som nedsatt hörsel, språksvårigheter, verbala kommunikationssvårigheter, autism samt för barn med annat modersmål. Det är också ett bra komplement till WISC-V.

WAIS-IV (Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition) är avsett för ungdomar och vuxna mellan 16 och 90:11 år.

WISC-V (Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition) är avsett för barn och ungdomar i åldrarna 6:0 till 16:11 år. Det innehåller 7 obligatoriska och 8 kompletterande deltester inom fem delindex: verbal index, visuospatialt index, fluid index, arbetsminnesindex och snabbhetsindex. Dessutom går det att räkna fram primära och sekundära index. Gemensamma skandinaviska normer har tagits fram i samarbete med Norge och Danmark. WISC-V finns i klassisk papper-penna-version samt i en digital.

WNI (Wechsler Nonverbal Scale of Ability) är ytterligare ett icke-verbalt testbatteri, avsett för personer i åldern 4:0 till 21:1 år. Testet lämpar sig väl för testning av barn/elever som har en annan språklig bakgrund och inte behärskar det svenska språket fullt ut, vid språkstörning och verbala kommunikationssvårigheter. En begränsning är att det är testbatteri med ett litet antal deltester, och WNI bör kompletteras med annan testning.

WPPSI-IV (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Fourth Edition) är avsett för bedömning av barn i åldern 2:6 år och månader, till 7:3 år och månader. Ibland går det inte att

använda sig av WPPSI-IV, exempelvis då barnet befinner sig på en mycket låg nivå i sin kognitiva utveckling eller inte kan ta till sig de språkliga instruktionerna i testet. Då kan exempelvis Merrill-Palmer-R eller Griffiths utvecklingsskalor väljas som alternativ.

Det finns inga exakta regler för hur en redovisning av resultat ska göras, men psykologen bör vara restriktiv med att lämna ifrån sig resultat i form av siffror eller poäng till andra än psykologer. Beskrivningar med vedertagna språkliga uttryck är i allmänhet att föredra framför siffror. Om utredningen ska ligga till grund för ett mottagande i anpassade grundskolan respektive anpassade gymnasieskolan är det önskvärt att redovisningen även innehåller konfidensintervaller. Däremot bör en redovisning av exakta testvärden undvikas, då detta kan ge intrycket att ett exakt värde går att fastställa vad gäller en individs intelligens eller andra förmågor. Resultaten bör redovisas både på del- och helskalenivå. Spridning och signifikanta skillnader bör också framgå av redovisningen.

Kartläggning och bedömning av adaptiv förmåga

För en strukturerad kartläggning av adaptiv förmåga rekommenderas för närvarande att något av instrumenten ABAS-3 och Vineland-II används.

ABAS-3 (Adaptive Behavior Assessment System – Third Edition) avsett för personer i åldern 0-89 år. Materialet innehåller skattningsskalor som besvaras av föräldrar respektive lärare samt självskattning.

Vineland-3 (Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition) är avsett för personer i åldern 3-26 år. Skattningsformulär eller ett intervjuförfarande används för insamling av information.

Användning av skattningsformulär

Användningen bör i normalfallet ingå i psykologens utredning – men det finns fall då en kvalitativ bedömning kan behöva göras utan denna form av stöd. Förslag på hur en bedömning av adaptiv förmåga ändå kan göras finns mot slutet av denna text, efter en redogörelse för hur kartläggning och bedömning vanligen bör göras.

En kartläggning av adaptivt beteende bör bygga på observationer i olika miljöer gjorda av flera personer, vanligen föräldrar och lärare. Med ABAS-3 och Vineland-skalorna kan information från dessa samlas in på ett standardiserat sätt. Data som inhämtats med standardiserade metoder bör kompletteras med annan information från tillgängliga källor. Observationer som görs av föräldrar och pedagoger är särskilt användbara i sammanhanget. Även psykologens egna observationer av barnet kan ge viktiga bidrag till den samlade bild psykologen behöver ha för sin bedömning av barnets adaptiva förmåga.

Bäst förutsättningar vid användande av skattningsformulär uppnår man om utredande psykolog kan vara närvarande när föräldrar respektive lärare genomför skattningen. Psykologen kan då be om förtydliganden när så behövs, och skattaren kan muntligen ge konkreta exempel på hur barnet agerar i vardagen. Den som skattar får också möjligheter att ställa frågor om formuläret. När föräldrarna har bristande färdigheter i svenska språket är det helt nödvändigt att skattningen genomförs med hjälp av tolk i närvaro av utredande psykolog.

Vineland-materialet innehåller, som alternativ till skattningsformuläret, en halvstrukturerad intervju som ger möjlighet att inhämta fördjupad information om barnet vid ett och samma tillfälle.

Kvantitativ och kvalitativ tolkning av den information som framkommer om adaptiva funktioner görs av psykolog. Informationen kan behöva kompletteras med hjälp av ytterligare frågor till dem som gjort skattningarna. Materialet sammanställs av psykologen, och ingår som en del i helhetsbedömningen av barnet.

En tolkning av ABAS-3 och Vineland-3 **inleds** med en normativ tolkning. Därefter värderas siffrorna mot bakgrund av annan tillgänglig information om eleven. Vilken roll spelar hans eller hennes hemmiljö, hälsa, skolsituation? Kan det vara så att vuxna över- eller undervärderar barnets förmågor? I synnerhet om vuxna runt barnet ger en motsägelsefull bild av barnet, eller om den bild som framkommer skiljer sig mycket från den bild som psykologen själv fått så är det viktigt att resonera kring hur vuxnas egna känslor och referensramar påverkar bilden av barnet.

Bilden av adaptiv förmåga kan behöva kompletteras med hjälp av metodik som belyser självbild, självvärdering, emotionell status och eventuell social problematik. **Becks ungdomsskalor** och **”Jag tycker jag är”** är självskattningsskalor som kan vara behjälpliga i denna kartläggning.

Sammanfattningsvis bör ett strukturerat och normerat instrument användas i samband med kartläggningen av barnets adaptiva förmåga. De skattningar som görs utgör sedan en del av underlaget för psykologens samlade bedömning. Det är viktigt att ta hänsyn till information från olika källor. Det ingår också i psykologens uppgift att värdera de skattningar och observationer som görs av olika personer. Det är psykologens ansvar att avgöra om barnet uppfyller kriterierna för diagnosen lindrigt intellektuellt funktionshinder. En del i den diagnostiska bedömningen handlar om att i egenskap av psykolog göra en professionell bedömning av barnets adaptiva förmåga, och det är viktigt att hålla i minnet att siffror från skattningsformulär aldrig kan ersätta psykologens egen professionella bedömning.

När det inte är möjligt att använda strukturerade skattningsskalor:

Det är inte alltid möjligt att använda de skattningsskalor som rekommenderas. En kvalitativ bedömning av adaptiv förmåga kan då göras av psykologen, utifrån barnets åldersrelaterade nivå av självständigt fungerande. Nedan ges exempel på olika områden att inhämta information om, som underlag till den kvalitativa bedömningen:

- Har föräldrarna, läkare etc. reagerat över en eventuell försening i barnets utveckling? Har föräldrarna uppmärksammat en avvikande utveckling av barnet i relation till eventuella syskons?
- Kommunikation: hur kommunicerar barnet, hur initierar, upprätthåller och avslutar barnet ett samtal?
- Grov- och finmotorik: kan barnet klättra, cykla, simma, rita, skriva bokstäver?
- Personlig hygien, toalettbesök.
- På- och avklädning, ber barnet om hjälp, väljer barnet kläder självständigt, anpassar barnet klädvalet utifrån väderlek, uppmärksammar barnet när kläder är smutsiga, behöver bytas?
- Beteende: är beteendet åldersadekvat, hur reagerar barnet på förändringar, finns det beteendemönster som barnet upprepar, hur uppfattar barnet kroppsspråk, gester, mimik?
- Matsituation, bordsskick, matlagning.
- Tidsuppfattning: har barnet grepp om år, månader, veckor, dagar, kan barnet klockan och bedöma tidsåtgång, kan barnet greppa händelser i dåtid, nutid och framtid?
- Kan barnet orientera och förflytta sig? Kan barnet hantera störningar i trafiken?
- Personlig säkerhet: har barnet förmåga att bedöma och undvika faror som trafik, värme, höjder,

vassa föremål, farliga maskiner, undviker barnet att utsätta andra för fara?

- Omdömesförmåga: har barnet en förståelse för andras tankar och avsikter, är barnet lättlurat, kan barnet ljuga på ett trovärdigt sätt, är barnet medvetet om sina svårigheter?
- Självstyrning och självbestämmande: klarar barnet att ta hand om sig själv och visar det en åldersadekvat vilja att bestämma själv över sitt liv?
- Socialt samspel: förstår barnet sociala koder, betraktas barnet som jämbördig av jämnåriga, umgås barnet helst med vuxna, jämnåriga eller yngre barn, umgås barnet på sin fritid endast med familjen och släktingar, har barnet en förståelse för regler i lek och spel och kan barnet tillämpa dessa, hur hanterar barnet konflikter?
- Fritid: har barnet fritidsintressen? Kan barnet sysselsätta sig själv på sin fritid? Är barnets intressen åldersadekvata?
- Förståelse för pengars valör och värde: kan barnet växla pengar mellan olika valörer, vet barnet hur mycket saker och ting kostar?
- Är framtidsplanerna realistiska utifrån åldern?

Analys av utredningsmaterialet

Enbart testresultat kan ensamt aldrig utgöra en tillräcklig grund för att ställa diagnosen intellektuell funktionsnedsättning. Testresultat och andra data (intervjudata, observationer, skattningsskalor samt information från dokumentation, utlåtanden, journaler) måste vägas samman i en analys som syftar till att besvara frågan om elevens inlärningssvårigheter beror på intellektuell funktionsnedsättning eller har andra orsaker. Vad talar för intellektuell funktionsnedsättning och vad talar emot? Man bör förbehållslöst pröva alternativa hypoteser innan man sätter en diagnos. Om en elev endast med tvekan uppfyller diagnoskriterierna bör utredningsunderlaget kompletteras. Om osäkerheten därefter kvarstår bör man avvakta med att sätta en diagnos och i stället rekommendera en uppföljande utredning efter ett eller två år.

Bedömningen kan försvåras när det gäller följande grupper:

- Elever med annan språklig och kulturell bakgrund
- Elever med ångest, depression, trauma
- Elever som har fått bristande stimulans och/eller omsorg
- Elever med ojämn begåvning, som vid språkstörning och icke-verbala inlärningssvårigheter, sällsynta syndrom
- Elever med svåra CP-skador
- Elever med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, som ADHD, autismspektrumstörning m.m.

För vissa elever behövs ytterligare undervisning eller andra åtgärder innan det är möjligt att göra en rättvis bedömning av de intellektuella förutsättningarna. Ibland bör utredning och/eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatri eller stödsatser i familjen föregå en psykologbedömning med frågeställningen intellektuell funktionsnedsättning. Fysiska och psykiska begränsningar ställer krav på psykologen att anpassa testningen och testsituationen. Tolkningen av resultaten måste också göras utifrån elevens specifika förutsättningar.

Elever som befinner sig i gränslandet mellan svagbegåvning och intellektuell funktionsnedsättning är ytterligare en grupp som är svår att diagnosticera. Det gäller inte minst om begåvningsprofilen

är ojämn. En viktig fråga psykologen bör ställa sig är om eleven ifråga har förutsättningar att klara av att ta hand om sig själv i vuxenlivet respektive om denne kommer att vara i behov av samhällets stöd framöver. En annan viktig aspekt är elevens identitetsutveckling. Det kan vara svårt för en ungdom/ung vuxen att identifiera sig med att ha intellektuell funktionsnedsättning när man redan skaffat sig en identitet som normalbegåvad. Detta bör vägas in i den slutgiltiga bedömningen.

En intellektuell funktionsnedsättning innebär en avsevärd nedsättning av en elevs kognitiva och adaptiva förmåga. Den tar sig uttryck i en stor differens mellan elevens biologiska ålder och utvecklingsåldern. Med utvecklingsålder menas den biologiska ålder som motsvarar den ungefärliga intellektuella mognad som eleven har uppnått. Elevens utvecklingsålder måste sättas i relation till dennes biologiska ålder. En försening på cirka ett år hos ett femårigt barn innebär något helt annat än en försening på ett år hos en femtonåring. En lindrig intellektuell funktionsnedsättning innebär mycket grovt förenklat att en vuxens förmåga att tänka logiskt och abstrakt ej överstiger en tolvårigs mognadsnivå (se diagnoskriterier för lindrig psykisk utvecklingsstörning i ICD-10). Psykologen bör också informera sig om elevens kunskapsutveckling och kunskapsnivå i skolämnen. Frågan som bör besvaras i sammanhanget är om förseningen i kunskapsutveckling är av sådan omfattning att den kan vara förenlig med intellektuell funktionsnedsättning. Man bör hålla i minnet att en generell försening på upp emot två år hos ett skolbarn ryms inom normalvariationen.

På populationsnivå uppvisar gruppen elever med intellektuell funktionsnedsättning vanligen en jämn och låg testprofil. För individer ser det ofta ut på ett annat sätt. Ojämn testprofil är mycket vanliga. Det gäller inte minst elever som förutom intellektuell funktionsnedsättning även har en autismspektrumstörning. Ojämnheterna bör tolkas och beskrivas i analysen. Mycket ojämna profiler kan vara ett tecken på en annan underliggande problematik än just intellektuell funktionsnedsättning.

Psykologens analys kan och bör göras utifrån olika utgångspunkter. Följande frågor kan vara lämpliga att ställa:

- Vad är uttryck för barnets mognadsmässiga brister respektive brister i träning/erfarenhet?
- Vilka styrkor och svagheter har barnet?
- Kan barnets nedsatta kognitiva förmåga ha sin förklaring i perceptuella svårigheter?
- Har barnet en mycket ojämn kognitiv profil?
- Vilken bild framkommer avseende barnets förmåga att utföra tankeoperationer (symbolisering, abstraktion med mera)?
- Hur fungerar barnet med avseende på exekutiva funktioner?
- Hur fungerar barnets olika minnesfunktioner?
- Vilka strategier i tänkandet använder sig barnet av?
- Hur är barnets arbetstempo och koncentrationsförmåga?
- Visar barnet tecken på specifika inlärningssvårigheter, exempelvis dyslexi?
- Har barnet fått tillräcklig stimulans, eller varit påtagligt understimulerat?
- Är förseningen i kunskapsutvecklingen så pass stor att den kan vara förenlig med intellektuell funktionsnedsättning?

- Kan svårigheterna förklaras på annat sätt än med diagnosen intellektuell funktionsnedsättning?
- Finns det hållpunkter för en eventuell ytterligare diagnos, exempelvis ADHD eller autism?
- Hur har förutsättningarna varit för barnets språkliga och kunskapsmässiga utveckling?
- Vilken påverkan har barnets sociala situation haft för möjligheterna till utveckling?
- Hur ser barnets förmåga ut att klara sig i vardagslivet och i umgänget med andra?
- Vad talar emot diagnosen intellektuellt funktionshinder? Vad talar för en diagnos?

Sammanfattning och rekommendationer

Sammanfattningen bör innehålla en kortfattad redogörelse för underlaget som ligger till grund för bedömningen, och som mer utförligt har redovisats under tidigare rubriker. Frågeställningen om huruvida elevens inlärningssvårigheter beror på en intellektuell funktionsnedsättning eller inte ska tydligt besvaras. Det ska än en gång understrykas att andra hypoteser än intellektuell funktionsnedsättning bör ha prövats av psykologen innan en eventuell diagnos kan ställas. Kan frågan fortfarande inte tydligt besvaras, bör man komplettera eller avvakta med att sätta en diagnos och rekommendera en uppföljande bedömning om något år. Har psykologen efter en noggrann prövning kommit fram till att eleven har intellektuell funktionsnedsättning så bör denna diagnos sättas, och uttryckas i enlighet med etablerade diagnostiska system (DSM-5 resp. ICD-10). Graden av intellektuell funktionsnedsättning ska i möjligaste mån specificeras, det vill säga om det rör sig om en lindrig, medelsvår, svår eller mycket svår intellektuell funktionsnedsättning. Endast undantagsvis ska diagnosen ”ospecificerad intellektuell funktionsnedsättning” tillämpas, och ska då alltid omprövas efter en viss tid.

Har psykologen ställt diagnosen att elevens inlärningsproblem har sin orsak i en intellektuell funktionsnedsättning bör olika insatser rekommenderas utifrån detta – exempelvis kan föräldrar (eller i förekommande fall eleven själv) rekommenderas att söka till anpassade grund- resp. gymnasieskolan. Kontakt med habiliteringen, eller ansökan om insatser enligt LSS är exempel på ytterligare rekommendationer som kan bli aktuella.

Utredningsresultatet bör förmedlas muntligen till de berörda (eleven, vårdnadshavare, skolan) vid ett eller flera möten för överlämningsamtal. Psykologen bör redovisa utredningens innehåll och resultat på ett språk som vårdnadshavarna och eleven kan förstå. Att ta till sig att det föreligger en intellektuell funktionsnedsättning kan vara svårt för både vårdnadshavare och barnet. Det är en process som kan ta tid och flera samtal kan behövas för att få en djupare förståelse och acceptans för vad det innebär. Psykologen bör också tänka på att lyfta fram det positiva i att det finns en förklaring till de svårigheter eleven har. Det är även viktigt att lyfta fram fördelarna med att läsa efter anpassade grundskolans resp. gymnasieskolans kursplaner samt att nämna de lagstadgade rättigheter som samhället erbjuder personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Checklista för psykologutlåtandet utifrån brister som framkommit då Skolverket granskat psykologbedömningar

- Innehåller utlåtandet en anamnes som beskriver barnets utveckling?
- Finns en psykologbedömning av adaptiv förmåga, och redogörelse för kartläggning av adaptiv förmåga?
- Har testresultaten analyserats och tolkats, så att de inte återges okritiskt, som om de utgjorde ”sanningen”?

- Har alternativa hypoteser prövats?
- Har diagnos angetts tydligt, och i enlighet med etablerat diagnossystem?
- Finns en analys redovisad, där intervjudata, skattningar, observationer, och testresultat vägs samman?

Finns förslag till åtgärder – utöver skolform?

Referenser:

American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington.

American Psychiatric Association (2014). Mini-D 5. Diagnostiska kriterier enligt DSM-5, Pilgrim Press AB, Stockholm.

Alin-Åkerman, B., Nordberg, L. (1991). Griffiths Utvecklingsskalor I och II. Manual för administrering och utvärdering. Psykologiförlaget, Göteborg.

Bayley, N., (2006) Bayley-III (Bayley Scales of infant and Toddler Development – Third Edition. Svensk version 2009, Pearson, Stockholm.

Delis, C, et al. (2005). D-KEFS. Delis-Kaplan Executive Function System. Svensk version, Pearson, Stockholm

Harrison, P. L., Oakland, T. (2020) ABAS-3. Adaptive Behavior System. Second Edition. Svensk version. Manual, Stockholm

Korkman, M. et al. (2011). Nepsy-II. Test för neuropsykologisk undersökning av barn. Svensk version. Pearson, Stockholm.

Meyers, J.M. et al. (2012). RCFT. Rey Complex Figure Test, Recognition Trial. Svensk version. Hogrefe, Göttingen

Mottagande i grundsärskolan i Malmö stad. Riktlinjer för psykologbedömning (reviderad 2015). Malmö stad. Grundskoleförvaltningen, Grundsärskolans resursteam, Malmö

Norrman, B (2009). Utredning av utvecklingsstörning inför eventuellt mottagande i särskola. I Schad, E. (Red.) Psykolog i skolan (s. 265-296). Studentlitteratur AB, Lund

Raven, J. (Raven's Educational CPM och Raven's Educational SPM Plus) Engelsk originalversio. Pearson. Stockholm

Roid, G.H. et al. (2004). Merrill-Palmer-R. Scales Of Development. Manual. Stoelting Company, Wood Dale.

Roid, G.H., Miller L.J. (2013) Leiter-3. Leiter International Performance Scale - Third Edition. Manual. Stoelting Company, Wood Dale.

Psykologutredning i skolan. Underlag för Socialstyrelsen (2013). Hämtad den 23 mars 2016 från hemsida <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19164/2013-6-39.pdf>

SFS 2010:800. Skollag. Sveriges Riksdag, hämtad 23 mars 2016 från hemsida https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Skollag-2010800_sfs-2010-800/

Skolinspektionen. (2011). Mottagande i särskolan under lupp: Granskning av handläggning, utredning och information i 58 kommuner (riktad tillsyn). Skolinspektionen, hämtad 23 mars 2016 från hemsida <http://www.skolinspektionen.se/sv/Beslut-och-rapporter/Publikationer/Granskningsrapport/Riktad-tillsyn/Mottagandet-i-sarskolan-under-lupp/>

SKOLFS 2018:251 (2018). Skolverkets allmänna råd om mottagande i grundsärskola och gymnasiesärskola samt urval till gymnasiesärskolans nationella program. Fritzes Förlag, Stockholm.

Socialstyrelsen. (2011). Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – *Systematisk förteckning, svensk version 2011 (ICD-10-SE)* Socialstyrelsen, hämtad 23 mars 2016 från hemsida <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18172/2010-11-13.pdf>

Sparrow, S. et al. (2021). Vineland-3, Svensk version, Vineland Adaptive Behavior Scales, Second edition, Manual. Pearson Assessment, Stockholm.

Tellegen, P.J., Laros, J.A. (2014). SON-R 6-40. Snijders-Oomen Non-verbal intelligence test. Research Report. Hogrefe Verlag, Göttingen.

Wechsler, D. (2008) (Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition). Manual del 1. Svensk version (2010). NCS Pearson, Inc.

Wechsler, D. (2014) WISC-V. Wechsler Intelligence Scale For Children - Fifth Edition. Technical and Interpretive Manual, NCS Pearson, Inc

Wechsler, D. (2016). WISC-V. Wechsler Intelligence Scale For Children - Fifth Edition. Manual Del, Svensk version. Pearson Sweden AB

Wechsler, D. (2014) WPPSI-IV. Manual. Del 1. Svensk version. Wechsler Preschool And Primary Scale Of Intelligence – Fourth Edition. NCS Pearson, Inc., Zwolle.

Wechsler, D. , Naglieri, J. A. (2006). WNV. Svensk version. Wechsler Nonverbal Scale Of Ability. Harcourt Assessment, INC, Stockholm.

Weiss, H. et al. (2016). CFT 20-R. Cattells Fluid Intelligence Test, Scale 2 – Revised. Svensk version. Hogrefe Psykologiförlaget AB, Stockholm.