



# FAGLIG STANDARD FOR DIAGNOSTISERING AV AUTISMESPEKTERFORSTYRRELSER HOS BARN

Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD,  
Tourettes Syndrom og narkolepsi Helse Vest RHF



## INNHold

Bakgrunn	3
Innledning	3
1. Diagnosene	4
1.1. Forekomst	5
2. Identifisering og henvisning til spesialisthelsetjenesten	5
3. Utredning og diagnostisering	7
4. Anbefalt utredningsprogram	9
4.1 Anamnese	9
4.2 Medisinsk undersøkelse	10
4.3 Kartlegging av sosiale - og kommunikative ferdigheter	12
4.4 Kognitiv utredning	12
4.5 Kartlegging av lek og kreativitet	14
4.6 Kartlegging av adaptive ferdigheter	14
5. Komorbiditet	14
6. Differensialdiagnoser	15
7. Avslutning	15
Referanser	17
Vedlegg	
Screeningsverktøy	20
Brede psykiatriske screeningsverktøy	21
Diagnostiske verktøy for utredning av ASF	21
Evnetester	21
Utviklingstester/ pedagogisk kartleggingsverktøy	22
Kartlegging av lek	23
Kartlegging av eksekutive funksjoner	23
Språktester	23
Supplerende kartleggingsverktøy for språk	23
Kartlegging av adaptive funksjoner	24
Motoriske tester	24
Deltagere og bidragsyttere	25

# Bakgrunn for den foreliggende faglige standarden

Regionale fagmiljø for autisme<sup>1</sup> skal «bidra til å utvikle, implementere og evaluere faglige standarder, blant annet for å sikre forsvarlig og ensartet diagnostisk utredning» (mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet). Våren 2007 inviterte regionalt fagmiljø for autisme i tidligere helseregion Øst, helseforetakene og statlige spesialpedagogiske kompetansesentra i regionen til å delta i fagnettverk. I løpet av 2008 ble helseforetakene i tidligere helseregion Sør invitert med. Nesten alle helseforetakene i Sør-Øst har deltatt i prosessen med utformingen av retningslinjene. Fagnettverkets oppgave har vært å utvikle retningslinjer for god diagnostisk praksis med utgangspunkt i lang klinisk erfaring og anerkjente metoder. Retningslinjene gir uttrykk for hva som er god praksis på utgivelsespunktet, og skal være gjenstand for regelmessig evaluering og revidering.

Arbeidsformen i nettverket har vært samlinger, konsensuskonferanse og elektronisk samarbeid. Regionalt fagmiljø for autisme i Sør-Øst (RFM i RHF Sør-Øst) har ledet arbeidet med utarbeidelsen av retningslinjene og har sammen med en arbeidsgruppe utgjort sekretariatet for arbeidet. Retningslinjene ble oversendt helse Sør-Øst RHF juni 2009.

Disse retningslinjene er til nå implementert i helseregionene RHF Sør-Øst og RHF Midt som anbefalt faglig standard for utredning av autismspekterforstyrrelser hos barn. Med tillatelse fra RFM i RHF Sør-Øst trykkes disse nå opp med layout og logo for Helse Vest og gjøres gjeldende som anbefalt faglig standard for utredning av ASF hos barn i Helse Vest. Dersom det foreligger nyere/oppdaterte versjoner av noen av de instrumenter som er beskrevet i denne faglige standarden anbefales det at de nyeste versjonene anvendes.

## Innledning

Den foreliggende faglige standarden for utredning skal være til hjelp for fagpersoner som utreder og diagnostiserer personer med mistanke om autismspekterforstyrrelser. Den skal bidra til likeverdig og effektiv utredning med god kvalitet. Diagnostisk utredning av personer med autismspekterforstyrrelse gjøres som oftest i spesialisthelsetjenesten, som regel ved habiliteringstjenesten eller

i psykisk helsevern. Det finnes ingen enkelt test eller prøve som avgjør diagnosen. Den gis på bakgrunn av en helhetlig vurdering av personens atferd i ulike situasjoner og kunnskap om personens utviklingshistorie. Utredning og behandling av personer med en diagnose innen autismespekteret er et fagfelt i utvikling. Det kommer stadig mer kunnskap om feltet både nasjonalt og internasjonalt. Selv om det er en økt oppmerksomhet om nødvendigheten av tidlig diagnostisering og tiltak, er det stor variasjon i hvor tidlig barn blir henvist og diagnostisert. Studier viser at tidlig innsats er av avgjørende betydning for barn med autisme (Lovaas, 1987; Sheinkopf og Siegel, 1998; Sallows og Graupner, 2005). Målet med diagnostisk utredning er å komme frem til en korrekt diagnose så tidlig som mulig. En diagnose skal være til hjelp for personen ved at det tilrettelegges og iverksettes tiltak for å bidra til god livskvalitet. Det foreliggende er en anbefalt standard for utredning, men det forutsettes at klinikerne gjør selvstendige vurderinger av hvor omfattende utredningen skal være i hvert enkelt tilfelle. Standarden beskriver en prosedyre for utredning med medisinsk undersøkelse og anbefaler noen metoder og verktøy.

Temaene autismespekterforstyrrelser, identifisering/henvisning, differensialdiagnostiske vurderinger og oppfølging blir kort omtalt.

1 Det nasjonale kompetansenettverket for autisme ble avviklet og erstattet av regionale fagmiljøer for autisme i alle helseregionene pr. 01012006. Regionalt fagmiljø i tidligere helseregion Øst, nå Sør-Øst ligger ved Oslo universitetssykehus, Ullevål HF. For nærmere informasjon [www.ullevaal.no/autisme](http://www.ullevaal.no/autisme)

## 1. Diagnosene

Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser er en samlebetegnelse for en gruppe alvorlige utviklingsforstyrrelser. I diagnosemanualen ICD-10 (WHO, 1993. Statens helsetilsyn, 1999) er de kategorisert under kapittelet F 84. Betegnelsen gjennomgripende utviklingsforstyrrelser er i fagmiljøene etter hvert blitt erstattet med autismespekterforstyrrelser (ASF). I retningslinjene har vi valgt å bruke ASF som samlebegrep for diagnoser som inngår i F 84.

ASF defineres ved kvalitative avvik i utvikling av:

- evnen til gjensidig sosial interaksjon

- evnen til kommunikasjon

samt forekomst av begrenset, stereotyp og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter.

Avvikene vurderes i forhold til personens mentale modningsnivå. Symptombildet vil være forskjellig avhengig av alder, kjønn, evnenivå og tilstedeværelse av tilleggsvansker. Det er viktig å være oppmerksom på at det er store individuelle variasjoner hos personer med en diagnose innen autismespekteret.

ICD-10 betegner diagnosegruppen F84-Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser med følgende underkategorier:

- F84.0 Barneautisme
- F84.1 Atypisk autisme
- F84.2 Rett syndrom
- F84.3 Annen disintegrativ forstyrrelse i barndommen
- F84.4 Forstyrrelse med overaktivitet assosiert med mental retardasjon og bevegelsesstereotypier
- F84.5 Asperger syndrom
- F84.8 Andre gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- F84.9 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, uspesifisert (PDD-NOS)

## 1.1 Forekomst

Vi har ikke sikre tall på forekomst av ASF. Dersom en inkluderer diagnoser i hele autismespekteret, oppgir flere forskergrupper en langt høyere forekomst enn tidligere. I følge nyere studier (Fombonne, 2005) anslås det beste estimat til 60 – 70 pr.10000 innbygger. Det er rimelig å anta at økning i forekomst av ASF, fortrinnsvis skyldes en økning av diagnostiserte personer i det mildere symptomspesker som Asperger syndrom og PDD-NOS. Forskerne antar at vi fortsatt vil se en øking i forekomsttallene de nærmeste årene.

## 2. Identifisering og henvisning til spesialisthelsetjenesten

Henvisning til spesialisthelsetjenesten kan rettes fra ulike instanser, men må gå gjennom lege som legger ved relevante helsedata. Kommunale helsetjenester og pedagogisk – psykologisk tjeneste (PPT) kan i mange tilfeller utføre grunnleggende

undersøkelser, men det er ingen betingelse for henvisning. Det er viktig at PPT og andre kommunale tjenester involveres på et tidlig tidspunkt i utredningsarbeidet.

Internasjonal forskning sier at tegn på barneautisme kan oppdages allerede ved 18 – 24 måneders alder (Ventola, et al., 2006; Chawarska, et al., 2007).

Autismediagnosen kan ofte stilles så tidlig som ved to – tre års alder. Hos barn under tre år kan kjennetegnene på autisme være mindre tydelige. Child Neurology Society og American Academy of Neurology har publisert gode praksisparametere for screening og tidlig identifisering (Filipek, et al., 1999).

Tidlige kjennetegn på barneautisme eller andre alvorlige utviklingsavvik:

- ingen babling ved 12 mnd
- ingen bruk av gester (peke, vinke, ha det og lignende) ved 12 mnd
- ingen ord (ett ord av gangen) ved 16 mnd
- ingen to - ords spontane setninger (ikke bare herming) ved 24 mnd
- enhver tilbakegang/stagnasjon av språk og/eller sosiale ferdigheter ved hvilken som helst alder

Barn som utvikler mildere former for ASF som for eksempel Asperger syndrom, kan ha vist kun ubetydelige avvik i tidlig barnealder. Men når de blir eldre og omgivelsene stiller økte krav til samspillkompetanse og forståelse av mer komplekse sosiale spilleregler, blir tegnene ofte tydeligere.

Mange foreldre forteller om at de hadde mistanke tidlig, men at deres bekymring ikke ledet til henvisning. Fagpersoner må være lydhøre for foreldrenes beskrivelser og ha kunnskap om barns utviklingsmilepæler, slik at de så tidlig som mulig kan gjenkjenne avvik fra disse. Folkehelseinstituttets brosjyre "Se hva jeg ser; om barnets sosiale utvikling" ([www.fhi.no](http://www.fhi.no)) beskriver relevante milepæler i tidlig utvikling. Det er viktig at primærhelsetjenesten bruker systematiske metoder for å kartlegge barns væremåte. Sannsynligheten for å identifisere barn som bør utredes øker når fagpersoner tar utgangspunkt i foreldrenes bekymring kombinert med systematisk bruk av sjekklister for screening (Glascoe, et al., 2007). Flere ulike screeningsverktøy er utviklet for å avdekke mistanke om ASF (vedlegg). Det er viktig å velge sjekklister som har en tilstrekkelig grad av sensitivitet og spesifisitet. Høy grad av sensitivitet vil si at

verktøyet fanger opp de fleste med ASF. I tillegg ønsker en også høy spesifisitet, det betyr at den ikke må identifisere mange med feilaktig mistanke om en diagnose innen spekteret. Det er viktig å vite hvilke funksjoner de enkelte sjekklister kartlegger og ikke minst hvilken gruppe de er utarbeidet for. Av praktiske grunner vil det være mest aktuelt å ta i bruk et skjema som allerede foreligger i norsk oversettelse og som andre fagmiljøer har erfaring med å bruke. Det anbefales å velge ett verktøy som man bruker regelmessig.

Screeningsverktøyene bekrefter eller avkrefter ikke om en person har en diagnose innen autismspekteret. De kan bare si noe om sannsynligheten for at en slik tilstand foreligger. Hensikten med å bruke verktøyet er å avdekke om det er grunn til å henvise personen til utredning eller ikke. For å unngå at foreldrene må fylle ut samme skjema flere ganger bør kopi av sjekklister som er brukt, sendes sammen med henvisningen til spesialisthelsetjenesten.

### **3. Utredning og diagnostisering:**

Diagnostisering av ASF krever god kunnskap om normalutvikling og psykiatriske tilstandsbilder. Det er viktig at klinikerne har erfaring og kunnskap både om gruppens sentrale karakteristika og den store variasjonsbredden som finnes både innen spekteret, og innen de spesifikke diagnosekategoriene. De bør ha erfaring med et bredt spekter av psykiatriske diagnoser og utviklingsvansker for å kunne beherske differensialdiagnostikk på dette området.

Det er fare for at fagfolk kan overse ASF hos personer med god læringsevne og normalt språk. For eksempel blir Asperger syndrom i mange tilfeller oppdaget og diagnostisert sent. Når diagnosen blir satt i sen ungdom – og voksenalder kan det være en økt risiko for at personen har utviklet psykiske tilleggslidelser og lærevansker. Spesielt jenter med Asperger syndrom diagnostiseres senere enn guttene, ofte ikke før 14-16 års alder. Det virker som om jentene kan ha et noe mildere symptombilde (Kopp og Gillberg 1992, Ehlers og Gillberg 1993). Det kan også være fare for overdiagnostisering. Klinikere må være oppmerksom på at det kan være mange ulike årsaker til nedsatt sosial - og kommunikativ funksjon. Blant



annet kan sosial tilbaketrekning som følge av psykiatrisk problematikk av og til bli feiltolket som tegn på ASF. Personer med nedsatt evnenivå har også ofte vansker i forhold til sosiale ferdigheter.

For å kunne bekrefte eller avkrefte en diagnose innen autismspekteret må vurderingen bygge på en grundig utredning av personen. Medisinske, kognitive, sosiale, kommunikative og adaptive funksjoner bør kartlegges. I utredningen er det viktig å se personen i flere ulike situasjoner, sammen med foreldrene og på ulike arenaer (barnehage, skole, arbeid og hjemme). Ofte vil det være et omfattende og ressurskrevende arbeid som involverer ulike faggrupper. En diagnose innen autismspekteret vil være retningsgivende for valg av behandling, miljømessig tilrettelegging og pedagogiske tiltak.

Det er den kliniske beskrivelsen og forskningskriteriene i ICD-10 som skal anvendes i diagnoseprosessen. Forskningskriteriene inneholder mer spesifiserte definisjoner av de ulike diagnosene. Det anbefales at man følger de formelle kriteriene i ICD-10 med henhold til skillet mellom de ulike F84-diagnosene. Beskrivelse av de ulike diagnosene i ICD-10 finnes lett tilgjengelig på <http://finnkode.kith.no/>.

Forskningskriteriene finnes bl.a. på

<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

Klinikere vil av og til møte personer med et sammensatt symptombilde hvor man er usikker på hva som er korrekt diagnose. Ved kompliserte differensialdiagnostiske vurderinger anbefales det å konsultere andre spesialister om bruk av kartleggingsverktøy samt tolkning og praktisering av diagnosekriteriene. Det er viktig at iverksetting av tiltak ikke blir forsinket selv om diagnosen ikke er endelig avklart. Hvis diagnose ikke blir avklart må personen innkalles til ny diagnostisk vurdering på et senere tidspunkt. Fagpersoner må holde seg orientert om aktuelle beskrivelser og definisjoner i de til enhver tid gjeldende diagnosehåndbøker. Det kan ikke utelukkes at diagnosekriteriene blir endret ved kommende revisjon av diagnosesystemene ICD og DSM<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> DSM –IV er det amerikanske diagnosesystemet som tilsvarer det europeiske ICD-10

## 4. Anbefalt utredningsprogram

En diagnostisk utredning gjøres av et tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten der psykolog og lege inngår. Diagnostisk utredning omfatter:

- informasjon om personens utviklingshistorie (anamnese)
- medisinsk undersøkelse
- kartlegging av sosiale - og kommunikative ferdigheter
- kognitiv utredning
- kartlegging av lek og kreativitet
- kartlegging av adaptiv fungering

### 4.1. Anamnese

Anamnese er en viktig del av utredningen. Den blir delvis dekket gjennom diagnostiske intervjuer som for eksempel Autism Diagnostic Interview-Revised, ADI-R (Le Couteur, et al., 2003).

Anamnesen bør omfatte informasjon om følgende punkter:

- aktuell situasjon og bekymring
- familieforhold, som forekomst av inngifte, epilepsi, utviklingshemning, vansker med sosial fungering, oppmerksomhetsforstyrrelser, språkforstyrrelser, lærevansker, andre sykdommer og diagnoser i familien
- viktige milepæler i personens utvikling, som kontaktevne, språk, motorikk, kommunikasjon, lek, sosiale ferdigheter og læring
- personens miljø og erfaringsbakgrunn, som oppvekstvilkår i hjem, fritid, barnehage, skole og arbeidsliv
- mulige belastende psykososiale faktorer, som omsorgssvikt, overgrep, rusproblemer og psykiske lidelser i familien
- svangerskap, spesielt alkohol og medikamenter
- fødsel, prematuritet, nyfødtpperiode
- tidligere sykdommer (hodetraumer, intracraniell infeksjon, tap av ferdigheter)
- anfallsuspekte episoder, kramper, anfall
- hyperaktivitet, tics og tvang
- syn og hørsel

- naturlige funksjoner (søvnrytme, spisevaner, mage- og tarm funksjoner inkontinens, enurese, enkoprese)
- allergier og matintoleranse
- andre sykdommer
- traumer
- medikamenter

#### **4.2 Medisinsk undersøkelse**

Den medisinske undersøkelsen i spesialisthelsetjenesten skal ta sikte på å kartlegge mulige sammenhenger mellom spesifikke medisinske forhold og utviklingsforstyrrelsen. Den skal også søke å utelukke andre kjente medisinske tilstander som kan gi autisnelignende symptomer. Hvilke undersøkelser som bør gjennomføres kan variere både innenfor spekteret og individuelt. Ikke alle undersøkelser er relevante for alle F 84 diagnosene. På bakgrunn av klinisk erfaring vurderes det som unødvendig å gjennomføre cerebral MR, kromosomtest og andre genetiske prøver, metabolsk screening i urin og Woods lampe for de med mildere utviklingsavvik og med evner og språk innenfor normalområdet.

Standard undersøkelser:

- generell status (høyde, vekt, hodeomkrets, syn, fullstendig hørselundersøkelse, organstatus)
- nevrologisk undersøkelse (stigmata, hudfenomener, grov- og finmotorikk, koordinasjon, reflekser, soft signs)
- blodprøver (jern, leverstatus, thyreoidea funksjon, allergi, immunologi screening)
- cøliaki screening (fører til tilleggsversker knyttet opp mot ernæringsproblemer hos gruppen)
- kromosomundersøkelse i forhold til Fragilt X og 22q 11. Gjennomføres på alle, da det kliniske bildet ved Fragilt X er vanskelig å skille fra ASF, spesielt i tidlig barnealder. Positivt funn skal medføre genetisk veiledning. Annen genetisk utredning gjennomføres på klinisk indikasjon
- EEG bør tas av alle med barneautisme, eventuelt supplert med søvndeprivert EEG. Det er omdiskutert om EEG skal gjøres uten positiv anfallanamnese. Det skal uansett være lav terskel for slik utredning, fordi epilepsi er hyppig og

trenger spesifikk behandling. 30 % av barn med autisme utvikler epilepsi før tenårene. Det er viktig å være spesielt oppmerksom ved pubertet fordi epilepsi kan debutere på dette tidspunktet. Telemetri gjøres på indikasjon (ved uklare anfall) og eventuell nattlig registrering (EMLA, spesielt i REM - fase) ved mistanke om nattlige anfall. EEG er av spesiell interesse ved tap av språk ved 3 års alder, med tanke på Landau Kleffner syndrom.

- metabolsk screening i urin
- kartlegge naturlige funksjoner, spisemønster/kostanamnese og gastrointestinale symptomer
- søvnanamnese
- kartlegg somatiske tilleggsvansker
- gi en vurdering i forhold til psykomotorisk utvikling, oppmerksomhetsfunksjoner og kontaktevne
- kartlegge psykiatriske tilleggsvansker

Hvis det avdekkes behov for ytterligere medisinske undersøkelser henvises barnet til barneavdelingen. De supplerende medisinske undersøkelsene bør organiseres slik at de ikke forsinker videre utredning og oppstart av tiltak. Det er viktig at personalet ved barneavdelingen blir gjort kjent med barnets væremåte og egenart på forhånd, slik at undersøkelsene blir godt tilrettelagt. I den forbindelse bør foreldrene tas med på råd. Det vil kunne føre til mer vellykkede undersøkelser og forebygge engstelighet og vegring mot fremtidig undersøkelser.

### **Supplerende undersøkelser**

- annen genetisk undersøkelse tas ved mistanke om andre syndromer, for eksempel MECP 2 ved Rett syndrom, DNA ved Angelman syndrom
- fullstendig synsundersøkelser
- cerebralt MR gjøres på spesifikk indikasjon
- bredere metabolsk utredning inklusive spinalvæskeundersøkelse og øyenbunnsundersøkelse i forbindelse MR narkosen. Spesielt aktuelt ved tap av ferdigheter (mistanke om degenerative tilstander), uvanlig klinisk bilde, alvorlig mental retardasjon og mistanke om spesifikke syndromer
- Woods lampe ved mistanke om Tuberøs Sklerose (TS)

- fysioterapivurdering av grov - og finmotorikk (for tester se vedlegg)

### **4.3. Kartlegging av sosiale - og kommunikative ferdigheter**

De mest aktuelle metodene for å vurdere en diagnose innen autismespekteret er:

- Autism Diagnostic Observation Schedule, ADOS (Lord, et al., 2000). ADOS er en semistrukturert observasjon og et intervju for barn, ungdom og voksne. Det består av fire moduler som velges ut ifra personens språklige utviklingsnivå.
- Autism Diagnostic Interview-Revised, ADI-R, (Le Couteur, et al., 2003) er et semistrukturert diagnostisk intervju. ADI-R kan brukes på alle aldersgrupper, men er best egnet fra fire, fem års alder og oppover. Nærmeste omsorgspersoner er informanter.

Et alternativ til ADI-R er 3-dimensional interview (Skuse, et al., 2004). 3Di er et semistrukturert databasert diagnostisk intervju, som gir en bred kartlegging av sosial funksjon og psykiatriske lidelser. Verktøyet er foreløpig lite brukt i Norge. Skårene på ADOS, ADI-R og 3Di er korrelert med diagnosekriteriene for autisme i ICD-10 og DSM-IV. Samtidig bruk kan øke muligheten for å gjøre en mest mulig korrekt vurdering. Verktøyene er konstruert slik at poengsum over angitte grenseverdier betyr en relativt høy sannsynlighet for at det foreligger en tilstand innenfor autismespekteret. Imidlertid må dette kun oppfattes som veiledende og ikke som noen fasit. Resultatene må suppleres med klinisk observasjon og sammenholdes med annen informasjon vedrørende personens utviklingshistorie og nåværende fungering for å kunne gi tilstrekkelige svar.

Ved bruk av diagnostiske intervju kan det være fare for både over - og underrapportering om hvilke vansker personen har. Klinisk erfaring er viktig i vurderingen av resultatene. Faren for feildiagnostisering er til stede, dersom verktøyene brukes løsrevet fra en helhetlig klinisk vurdering.

### **4.4. Kognitiv utredning**

Det er nødvendig å kartlegge personens kognitive utviklingsnivå før man kan stille en riktig diagnose. Både kontaktfunksjon, samspillferdigheter og lek/adferd vurderes opp

mot kognitivt nivå. Kartleggingen er også viktig som grunnlag for vurdering av tiltak og tilrettelegging av miljø.

Kartlegging av kognitiv funksjon inkluderer områdene:

- evnenivå verbalt - og nonverbalt
- språkfunksjoner
- oppmerksomhets- og hukommelsesfunksjoner

Valg av tester er avhengig av personens alder og funksjonsnivå. Det er nødvendig å anvende klinisk skjønn når kartleggingsverktøy og metode skal velges. Det finnes flere gode evnetester (vedlegg). Dersom det er vanskelig å oppnå valide testresultater for de minste barna med ordinære evnetester, kan utviklingstester og kartleggingsskjema brukes sammen med klinisk observasjon for få et foreløpig estimat av barnets evnenivå (vedlegg). Hvis det er vansker knyttet til å kartlegge evnenivå bør utreder reteste barnet, senest i forkant av skolestart.

Det finnes flere aktuelle tester for å kartlegge språk (vedlegg). Personens språkfunksjon har betydning for valg av diagnose og tiltak. Det kan være problematisk å basere en språkvurdering kun på tester for denne gruppen. I en undersøkelsessituasjon kan man eksempelvis benytte samtaler, historier og lekesituasjoner i tillegg til vurderinger med standardiserte tester. Språkvanskene kan være av mer pragmatisk karakter (Bishop, et al., 1998). Det er derfor viktig å kartlegge språk og kommunikasjon i ulike praktiske situasjoner for å kunne gjøre en god vurdering. Det er også mulig å vurdere pragmatiske vansker gjennom kartleggingsverktøy.

Eksekutive funksjonsvansker er vanlig hos personer med ASF. Funksjonsvanskene kan forringe prestasjoner hos personer som ellers har et godt evnenivå. Som et ledd i den kognitive vurderingen anbefales det å kartlegge psykomotorisk tempo og evne til organisering og planlegging. Utreder må være klar over at disse vanskene ofte kommer tydeligere til uttrykk i situasjoner som er mindre strukturerte enn testsituasjoner som i ulike dagliglivsaktiviteter.

#### **4.5 Kartlegging av lek og kreativitet**

Lek og kreativitet er et viktig område å teste for å avdekke en diagnose innen spekteret. Det er spørsmål vedrørende lek og kreativitet i ADI-R og ADOS. Som et supplement eller hjelp til å vurdere barns lek i naturlige situasjoner finnes også gode sjekklister (vedlegg).

#### **4.6 Kartlegging av adaptive ferdigheter**

Adaptive ferdigheter beskriver i hvor stor grad personen klarer å tilpasse seg sitt miljø og ivareta egne behov. Vurdering av disse ferdighetene er en nødvendig del av utredningen (vedlegg).

### **5. Komorbiditet**

Diagnoser innen autismespekteret opptrer ofte i kombinasjon med andre syndromer og nevropsykiatriske tilstander (Helverschou og Steindal, 2008). Det er en fare for at en diagnose innen autismespekteret gjør at fagfolk kan overse psykiatriske og somatiske tilstander som krever andre behandlingstiltak eller tilnæringsmåter. Psykiatrisk komorbiditet er forholdsvis hyppig innen hele autismespekteret og kan forekomme på alle alderstrinn, uavhengig av evnenivå. Fagfolk må være oppmerksom på "både og", ikke "enten eller" ved utredning av ASF. Det bør derfor gjøres en screening av tilleggs lidelser (vedlegg).

Det fins ingen autismespesifikk medikasjon. Dersom det er indikasjon på psykiatriske eller medisinske tilleggs lidelser med kjent effekt av medisinsk behandling, skal behandling vurderes som hos andre pasienter med slik lidelse. Hvis autismediagnosen er usikker, kan det være nyttig å gjennomføre behandling av tilleggs lidelser før eller som en del av utredningen. Det kan også være grunn til å revurdere etablerte autismespekterdiagnoser hvis medikamentell behandling av antatte tilleggs lidelser gir vesentlig funksjonsendring.

## 6. Differensialdiagnoser

Utredningen må ta sikte på å utelukke andre tilstander som kan gi autismelignende symptomer. Klinikere må ha kunnskap om kjennetegnene ved andre aktuelle diagnoser og gjøre en bred vurdering.

Aktuelle differensialdiagnoser kan være:

- Psykisk utviklingshemning
- Språkforstyrrelse
- Selektiv mutisme
- Tilknytningsforstyrrelse
- Atferdsforstyrrelser
- Hyperkinetisk forstyrrelse
- Tvangslidelse
- Tourette syndrom
- Depresjon
- Angst
- Schizofreni med tidlig debut
- Personlighetsforstyrrelser

## 7. Avslutning

Målet med å utarbeide retningslinjene er som nevnt at de skal være til hjelp i det diagnostiske arbeidet og sikre en forent praksis i regionen. En god utredning er som regel en nødvendig forutsetning for å lage gode tiltak. Det er viktig med dialog og samhandling mellom de som utreder, personen/familien og de som skal planlegge og gjennomføre tiltakene.

Avslutningsvis vil vi kort belyse viktige faktorer ved oppfølging. Snarest mulig etter at utredningen er ferdig skal foreldrene og eventuelt personen selv få informasjon om diagnosen, relevante hjelpetiltak og rettigheter (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 a). Det bør settes av tilstrekkelig tid, slik at foreldrene og personen selv får en best mulig forståelse av hva diagnosen innebærer (Sosial- og helsedirektoratet, 2002). En diagnose skal lede til tiltak for å bistå personen og familien til en best mulig



livskvalitet. De fleste med en diagnose innen autismespekteret har rett til individuell plan (IP) (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 b). IP beskriver målsettinger og satsningsområder for personenes totale livssituasjon. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å initiere arbeid med IP og knytte kontakt med kommunal koordinator.

PPT`s rolle som sakkyndig instans for vurdering av rett til spesialpedagogiske tiltak i barnehage og skole gjør dem til en sentral samarbeidspartner i forhold til iverksetting av tiltak. Hvis barnet/ungdommen har rett til spesialundervisning skal det utarbeides en individuell opplæringsplan (IOP). Statlige spesialpedagogiske kompetansesentra kan etter henvisning oftest fra skoleetaten og PPT utføre funksjonskartlegging og pedagogisk utredning i forhold til oppfølging i barnehage og skole. Når diagnosen settes i ungdoms – og voksen alder er PPT for videregående opplæring og NAV viktige aktører. Pårørende til ungdom og voksne er ofte en viktig kilde til informasjon om behov for tiltak og tilrettelegging. Mange personer med en diagnose innen autismespekteret vil ha behov for livslange og koordinerte tjenester fra hjelpeapparatet.

## Referanser

- Bishop, D. V. M. (1998). Development of the Children's Communication Checklist (CCC). A method for assessing qualitative aspects of communication impairment in children. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, **39**, 870-891.
- Chakrabarti, S., og Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *Journal of the American Medical Association*, **285**, 3093-9.
- Chawarska, K., Klin, A., Paul, R., Volkmar, F. (2007). Autism spectrum disorder in the second year: stability and change in syndrome expression. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, **48**, 128 – 138.
- Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 4.ed DSM-IV (1994)* American Psychiatric Association.
- Ehlers, S. og Gillberg, C. (1993). The epidemiology of Asperger Syndrome. A Total Population Study. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, **34**, 1327 – 1350.
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G.T., Cook, E. H. Jr., Dawson, G., Gordon, B., Johnson, C.P., Kallen, R.J., Levy, S.E., Minshew, N.J., Ozonoff, S., Prizant, B.M., Rapin, I., Rogers, S.J., Stone, W.L., Teplin, S., Tuchman, R.F., Volkmar, F.R. (1999). The Screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **29**, 439 –484.
- Folkehelseinstituttet. *Se hva jeg ser*. Folkehelseinstituttets brosjyre om tidlig sosial utvikling <http://www.fhi.no/dav/3D1B07AF64.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2008). *Faktaark om autisme*. Oslo: Avd. arv og miljø. Divisjon for epidemiologi, Folkehelseinstituttet. [www.fhi.no](http://www.fhi.no)
- Fombonne, E. (2005). Epidemiological studies of Pervasive Developmental Disorders. I *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. (red) Volkmar, F., Rhea, P., Ami, K., Donald, C. Third edition. John Wiley & Sons, Inc.
- Glascoe, F. P., Macias, M. M. og Wegner, L.M. (2007). Can a Broadband Developmental-Behavioral Screening Test Identify Children Likely to Have Autism Spectrum Disorders? *Clinical Pediatrics*, **46**, 801 – 805.
- Helverschou, S. B., og Steindal, K. (2008). Diagnostisering av autisme. I Eknes, J., Bakken, T.L., Løkke, J., Mæhle, I. V.(red.). *Utredning og diagnostisering utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kopp, S., og Gillberg, C. (1992). Girls with Social Deficit and Learning Problems: Autism, Atypical Asperger Syndrome or a variant of These Conditions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, **1**, 89 –99.
- Le Couteur, A., Lord, C. og Rutter, M. (2003). *Autism Diagnostic Interview- Revised (ADI-R)*

Los Angeles: Western Psychological Services. Norsk utgave ved Dansk psykologisk forlag, 2009. www.dpf.dk

- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H. Jr., Leventhal, B. L., DiLavore, P.C., Pickles, A., og Rutter, M. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule – generic: A standard measure of a social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **30**, 205 – 223.
- Lord, C, Rutter, M., DiLavore P.C. & Risi, S.(1990, 2001). *Autism Diagnostic Observation Schedule*. Los Angeles: Western Psychological Services. Norsk utgave av protokoll ved Dansk Psykologisk Forlag, 2009. www.dpf.dk
- Lovaas, O. I.(1987).Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **1**, 3-9.
- Sallows, G.O, og Graupner, T.D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: four-year outcome and predictors. *American Journal of Mental Retardation*, **110**, 417-38.
- Sheinkopf, S. J., & Siegel, B. (1998) Home-based behavioral treatment of young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **1**, 15-23.
- Skuse, D., Warrington, R., Bishop, D., Chowdhury, U., Lau, J., Mandy, W., Place, M. (2004). The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview (3di): A Novel Computerized Assessment for Autism Spectrum Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **43**, 548-558.
- Sosial- og helsedirektoratet.(2005a). *Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien?* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005b). *Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2002). *En god start. Veileder til bruk i diagnostiseringsprosessen ved funksjonshemming hos foster og barn*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sørensen, E., og Sponheim, E. (2001). Del 2, kap. 9 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. I *Veileder*. Oslo: Norsk barne – og ungdomspsykiatrisk forening.
- Ventola, P.E., Kleinman, J., Pandey, J., Barton, M., Allen, S., Green, J., Robins, D., Fein, D. (2006). Agreement among four diagnostic instruments for autism spectrum disorders in toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, **36**, 839-47.
- World Health Organization (1992). The ICD–10 Classification of Diseases Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO. Norsk utgave: ICD

Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (1999). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.  
Finnes også i dansk oversettelse: WHO ICD-10 Psykiske lidelser og adferdsmæssige forstyrrelser. Klassifikasjon og Diagnostiske kriterier (2003). Danmark: Munksgaard.

World Health Organization. *The ICD–10 classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: WHO, 1993.

<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> . Forskningskriteriene for F84.0 finnes i norsk oversettelse. For informasjon kontakt Niels Petter Thorkildsen, Psykisk helse barn og unge, Nevropsykiatrisk enhet, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

## Vedlegg

Vi gjør oppmerksom på at finnes flere verktøy enn de som nevnes her. Vi har bare tatt med et utvalg av de mest kjente og brukte. De fleste finnes i norsk oversettelse.

### Screeningsverktøy

- Checklist for Autism in Toddlers, CHAT.  
Baird, G., Charman, T., Baron –Cohen, S., Cox, A., Swettenham, J., Wheelwright, S., Drew, A. (2000). A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6-year follow up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39,694-702. CHAT kan lastes ned gratis på flere nettsteder for eksempel <http://www.autismresearchcentre.com/arc> CHAT ble utviklet til bruk på helsestasjoner ved 18 måneders alder. Den inneholder ni spørsmål til foreldrene om barnets ferdigheter, samt fem likeartede spørsmål til fagpersoner som skal observere barnet.
- Modified Checklist for Autism in Toddlers, M-CHAT  
Robins, Fein, Barton (1999). *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*. Kan lastes ned gratis på [www.firstsigns.org](http://www.firstsigns.org) og <http://www2.gsu.edu/~wwwpsy/faculty/robins.htm> M-CHAT er mest egnet ved 24 måneders alder. Den består av de samme spørsmål som CHAT, men stiller ytterligere 14 spørsmål til foreldrene i et forsøk på å fange opp et større spekter av barn.  
Begge sjekklister er relevante og hensiktsmessige å anvende for å innhente informasjon på en systematisk måte, men må brukes med varsomhet og kan aldri betraktes som noen "fasit". Både CHAT studien og M-CHAT studien fokuserer på at de sikreste kasusene er de hvor foreldrene to påfølgende ganger fyller ut sjekklister med en høy skåre. En annen måte å bruke sjekklister på er å bruke dem som en oppfølging av foreldres uttrykte bekymring for barnets sosiale utvikling. Da vil en ikke screene barn hvor foreldre er uten bekymring, men mer sette i system den kartlegging og oppfølging en vil gjøre av barn med gryende utviklingsproblemer innen det sosial og kommunikative området.
- The Social Communication Questionnaire SCQ. Rutter, M., Bailey, A. & Lord, C. *Social Communication Questionnaire (SCQ)*. Western Psychological Services. Norsk utgave v/Dansk psykologisk Forlag for informasjon og bestilling <http://www.dpf.dk/>. Passer for barn fra fire år og mental alder over to år, er spesielt egnet i 5 – 6 års alder.
- Childhood Asperger Syndrome Test, CAST. Williams, J., Scott, F., Allison, C., Bolton, P., Baron- Cohen, S., and C. Brayne, (2005). The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test). Norsk utgave Weidle, B. Trondheim: St. Olavs Universitets Hospital, avd. Barne- og ungdomspsykiatri og Cambridge: Autism Research Centre, Section of Developmental Psychiatry, University of Cambridge. For informasjon og bestilling [www.autismresearchcenter.com](http://www.autismresearchcenter.com) Passer for barn i alderen fire til 11 år.

## Brede psykiatriske screeningsverktøy

- Achenbach System of Empirically Based Assessment, ASEBA. Achenbach, T. M. (1991). *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*. The Research Center for Children, Youth, and Families, Inc. Vermont: USA. Norsk versjon Oslo: Regionsenter for barns og unges psykisk helse (R-BUP).
- Development and Well-being Assessment, DAWBA. Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., og Meltzer, H.(2000). *Development and Well-being Assessment (DAWBA)*. London: Department of child and adolescent psychopathology, Institute of Psychiatry. [www.dawba.com](http://www.dawba.com)
- 5-15 Nordisk skjema for utredning av barns og unges atferd, FTF. Korkman, M., Kadesjø, B., Trillingsgaard, A., Mickelsson, K., Janols, L-O., Strand, G., Gillberg, C. *5-15 Nordisk skjema for utredning av barns og unges atferd (FTF)*. Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi. Finnes i norsk oversettelse hos Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK) [www.nasjokomp.no](http://www.nasjokomp.no)
- Kafman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Ryan, N. (1996). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School –Age Children Present and Lifetime Version, Kiddie-SADS PL. Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Centre.
- Sheehan DV, et al., J. Clin. Psychiat. 59: 22-33, suppl. 20, 1998. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. Norsk utgave v/ Leiknes, K. A., Malt, U., mfl. finnes på: <http://www.dagbehandlingsnettverk.no/mini>

## Diagnostiske verktøy for utredning av ASF

- Le Couteur, A., Lord, C. og Rutter, M. (2003). *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*. Los Angeles: Western Psychological Services. Norsk utgave ved Dansk psykologisk forlag, 2009. [www.dpf.dk](http://www.dpf.dk) For informasjon om opplæring, kontakt Regionsenter for barns og unges psykiske helse, [www.r-bup.no](http://www.r-bup.no)
- Lord, C, Rutter, M., DiLavore P. C. og Risi, S.(1990, 2001). *Autism Diagnostic Observation Schedule*. Los Angeles: Western Psychological Services. Norsk utgave av protokoll ved Dansk Psykologisk Forlag, 2009. [www.dpf.dk](http://www.dpf.dk) For informasjon om opplæring, kontakt Regionsenter for barns og unges psykiske helse, [www.r-bup.no](http://www.r-bup.no)
- Skuse et al. (1994): 3-di. 3-Dimensional Interview. For informasjon om opplæring kontakt Richard Warrington, BBSU, Institute of Child Health, 30 Guilford Street, London WC1N 1EH; TEL: 01308 485431; email: [3Di@ich.ucl.ac.uk](mailto:3Di@ich.ucl.ac.uk)  
For informasjon om norsk oversettelse kontakt Akershus universitetssykehus HF, Jessheim BUP, ved Kristin R Øvergaard eller Hans J Berntsen

## Evnetester

- Bayley Scales of Infant and Toddler Development III. Bayley, Nancy. (2005). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development - third edition (BAYLEY III)*. Stockholm: Pearson Assessment. Vi vil fremheve Bayley III som sentral for de minste barna. Den kan langt på vei erstatte andre og mer

spesifikke verktøy på for barn i alderen en måned til tre og halvt år. Testen anbefales i forhold til språk, motorikk og generelle evner.

- Mullen Scales of Early learning. Mullen, E. M. (1995). Mullen: Scales of Early Learning (*AGS Edition*). Circle Pines, MN: American Guidance Service. Dekker alderstrinnene null – fem år.
- Wechsler Preschool and Primary Scale of intelligence, WPPSI-R/WPPSI III. Wechsler, D. (2004). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised (WPPSI- R)*, Stockholm: Pearson Assessment, Norsk versjon 2002. Dekker alderstrinnene tre til syv år.
- Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC-III. Wechsler, D (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children - third edition (WISC III)* Stockholm: Pearson Assessment, Norsk versjon, 2003. Dekker alderstrinnene seks til 16 år.
- Wechsler Adult Intelligence Scale - third edition, WAIS –III. Wechsler, D. (1999). *Wechsler Adult Intelligence Scale - third edition (WAIS III)* Stockholm: Pearson Assessment, Norsk versjon, 2003. Dekker alderstrinnene fra 16 år – 89 år
- Leiter-R. Roid, G. H., og Miller, L. J.(1997). *LEITER-R*. Wood Dale, USA: Stoelting Co. For informasjon og bestilling <http://www.stoeltingeurope.com/> Dekker alderstrinnene to til 21 år.
- Stanford Binet, versjon 5, Roid, G. H. (ed.).( 2003). *Stanford-Binet Intelligence Scales, Fifth Edition (SB5)*. Illinois: Riverside Publishing. Informasjon og bestilling <http://www.stanford-binet.com/> . Dekker alder fra to til 80 år.

### Utviklingstester/ pedagogisk kartleggingsverktøy

- Psychoeducational profile, PEP-3. Schopler, E., mfl (2005.) *Psycho educational Profile – Third Edition (PEP-3)*. Pro-Ed, for informasjon og bestilling [www.pedverket.no](http://www.pedverket.no) For barn med mental alder 0-7 år. Materiellet i denne testen er spesielt egnet for barn med ASF og som et supplement for barn som samarbeider dårlig ved tradisjonelle evnetester. PEP-3 går høyere opp i alder enn Bayley III.
- TEACCH Transition Assessment Profile, 2.utg. TTAP. Mesibov, G. B., Schopler, E., Schaffer, B. og Landrus, R.(1998). *Adolescent and Adult Psycho educational Profile (AAPEP) test*. Svensk versjon: *AAPEP för ungdomar och vuxna. Individualiserad bedomning och behandling av barn med autism och liknande utvecklingshandikapp*. Stockholm: Division TEACCH., Natur och Kultur,1995. Informasjon og bestilling [www.teacch.com](http://www.teacch.com). Revidert versjon av Adolescent and Adult Psychoeducational Profile AAPEP, kan anbefales til svaktfungerende ungdommer.
- Ages and Stages, ASQ. Squires, J. (2003) *The Ages & Stages Questionnaires® (ASQ): A Parent-Completed, Child-Monitoring System, Second Edition*. Norsk oversettelse med norske referansedata, utgitt av R-BUP(2003). For bestilling og informasjon [www.r-bup.no](http://www.r-bup.no) Testen kan brukes sammen med klinisk observasjon når det er vanskelig å oppnå valide testresultater for de minste barna med ordinære evnetester.

## Kartlegging av lek

- Vedeler, L. (1989). *Lek og kommunikasjon i de først utviklingsår, Observasjon og pedagogisk bruk av lek for barn med og uten handikapp*. Namsos: Pedagogisk psykologisk forlag. ISBN 82-90562-36-5  
Referanse til kartleggings skjema: Vedeler, L. (1989). Observasjon av lek og kommunikasjon i de først utviklingsår. Namsos: Pedagogisk psykologisk forlag

## Kartlegging av eksekutive funksjoner

- Behavior Rating of Executive Function BRIEF. Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S.C., and Kenworthy, L.(2000). *Behaviour Rating Inventory of Executive Function™ (BRIEF™)*. San Antonio, Texas: Pearson Education, Inc. For informasjon og bestilling <http://pearsonassess.com> Sjekkliste for foreldre, ungdom og pedagoger, finnes i både førskole- og skolealder versjon..

## Språktester

- Test for reception of grammar, TROG. Bishop, D. (2003). *Test for reception of grammar (TROG)*. University of Manchester: TROG Research Fund, c/o Age and Cognitive Performance Research Centre. For informasjon <http://www.isp.uio.no/> Kartlegging av grammatisk forståelse for alderstrinnene fire til 12 år. Norsk oversettelse
- Bayley III, (Bayley 2005). Kommunikasjon reseptivt og ekspressivt. Amerikansk versjon. Dekker alderstrinnet en måned til tre og halvt år.
- British Picture Vocabulary Scale, BPVS. Dunn, L. M., Dunn, L. M., Whetton, C. og Pintilie, D. (1982). *British Picture Vocabulary Scale (BPVS)*. Windsor: NFER-Nelson Publishing Company Ltd. Norsk oversettelse ved ISP, UiO. Oslo: Assessio Norge AS. For informasjon <http://www.isp.uio.no/> Norsk standardisering. Dekker fra to og halvt til 21 år.
- Screening av toåringers språk, SATS. Horn, E., og Hagtvet, B. E. (1997). *Screening av to - åringers språk (SATS)*. Oslo: Universitetsforlaget A/S. For informasjon <http://www.isp.uio.no/> Enkel screening for bruk av helsesøster ved to års kontroll.
- Språk 6-16. Ottem, E. *Språk 6-16*. Oslo: Bredtvet kompetansesenter. For informasjon og bestilling [www.statped.no](http://www.statped.no) Screeningstest på norsk for alderstrinnene seks til 16 år.

I tillegg kan nevnes de velkjente testene ITPA og Reynell, men det gjøres oppmerksom på at disse operer med gamle normer og kan gi en for "snill" vurdering. Det kan likevel være aktuelt å benytte oppgaver fra disse testene for å få et inntrykk av språkfunksjonen til de yngste eller svakeste barna.

## Supplerende kartleggingsverktøy for språk

- Children´s Communication Checklist CCC-2, Bishop, D. (2003). *Children´s Communication Checklist (CCC-2)*. Oxford: Pearsons assessment. For informasjon og bestilling <http://www.psychcorp.co.uk> Screening av kommunikative/pragmatiske språkferdigheter hos personer som er språklig



normalt fungerende fra seks år og oppover. Sjekkliste som fylles ut av omsorgspersoner/pedagoger.

- Early Pragmatic Profile (ESCS) Mundy 96. Fra 18 til 36 måneder
- Bracken Basic Concept Scale, BBCS. Bracken, B. A. (2006). *Bracken Basic Concept Scale—Third Edition: Receptive (BBCS–3:R)*. San Antonio, Texas: Pearson Education, Inc. For informasjon og bestilling <http://pearsonassess.com> Finnes ikke i norsk versjon. Dekker flere begrepsområder, men ellers som BPVS som er i norsk versjon. Krever spesiell kunnskap for bruk. Dekker alderstrinnene fra to til åtte år.

### **Kartlegging av adaptive funksjoner**

- Vineland-II.Sparrow, S., Cicchetti, D.V., Balla, D.A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition*. Survey forms manual. Circle Pines: AGS Publishing. Kan bestilles hos Texas: Pearson Assessments (Sparrow, mfl 2005). Vineland er det mest brukte kartleggingsverktøyet for adaptive ferdigheter. Det finnes i form av et semistrukturert intervju beregnet på foreldre eller andre nære omsorgspersoner (Survey Form), sjekkliste for foreldre / nærpersoner (Parent/Caregiver Rating Form), og sjekkliste for lærere (Teacher Rating Form). Vineland gir en aldersnormbasert vurdering av informasjon om personens faktiske fungering i dagliglivet innen de fire områdene; kommunikasjon, sosiale ferdigheter, selvhjelpsferdigheter og motorikk. Vineland II kan brukes i alle aldre, det finnes ingen offisiell norsk oversettelse (amerikanske normer). For barn i alderen en mnd. – tre og halvt år kan adaptiv funksjon også vurderes med eget skjema som følger med utviklingstesten Bayley III.

### **Motoriske tester**

- Bayley III, (Bayley, 2005). Motoriske deltester for barn i alderen en måned til tre og halvt år.
- NUBU, (Universitetsforlaget, 2008) ny norsk og omfattende motorisk test. Dekker alderstrinnene fire til 16 år.
- Movement Assessment Battery for Children – 2. utg., Movement ABC-2. Henderson, S. E., Sugden, D. A., Barnett, A. (2007). *Movement Assessment Battery for Children – Second Edition (Movement ABC-2)*. Svensk versjon, Stockholm: Pearson Assessment. Dekker alderstrinnene fra tre til 16 år.

## ARBEIDSGRUPPEN

Instans	Navn
Sykehuset Asker og Bærum HF, Bærum psykiatriske senter, BUP, nevroteam	Randi Solli, spesialist i klinisk nevropsykologi
Oslo Universitetssykehus, Ullevål HF, Klinikk for psykisk helse barn – og unge, Nevropsykiatrisk enhet,	Anne Falsen, psykologspesialist og leder Niels Petter Thorkildsen, psykologspesialist
Oslo universitetssykehus, Ullevål HF, Seksjon Barnenevrologi /habilitering	Reidar Melsom, overlege
Sykehuset Innlandet HF, Habiliteringstjenesten i Hedmark, barneseksjonen	Orill Johnsen, psykologspesialist
Psykiatrien i Vestfold HF, Glenne regionale senter for autisme	Kenneth Larsen, teamleder
Sykehuset Buskerud HF, BUPA-Nevropsykiatrisk enhet	Toril Hodne, psykologspesialist
Oslo universitetssykehus, Ullevål HF, Regionalt fagmiljø for autisme Sør-Øst	Ellen K Munkhaugen, seksjonsleder

## NETTVERKSGRUPPEN

Instans	Navn
Torshov kompetansesenter	Espen Egeberg, Cand. paed. spec, seniorrådgiver
Oslo universitetssykehus, Ullevål HF, Seksjon Barnehabilitering og Kapellveien habiliteringssenter	Roy Aronsen, psykologspesialist Anette Mølmen, psykolog Janiche Dankertsen, psykolog
Oslo universitetssykehus, Ullevål HF, Klinikk for psykisk helse barn – og unge, Nevropsykiatrisk enhet	Nina Iversen, psykolog
Akershus universitetssykehus HF, Jessheimklinikken, BUP	Hans Jørgen Berntsen, sjefpsykolog, psykologspesialist
Akershus universitetssykehus HF, Jessheimklinikken, BUP ADHD studien, Oslo universitetssykehus, Ullevål	Kristin Romvig Øvergaard, overlege, psykiater
Sykehuset - Innlandet HF, Habiliteringstjenesten i Oppland, barne – seksjon	Olav Renolen, overlege
Aker sykehus, Follo BUP, nevroteam	Eva Steinbakk, psykologspesialist Helene Høye, seksjonsleder
Sykehuset - Innlandet HF, Habiliteringstjenesten i Oppland, voksenseksjon	Jørn Isaksen, vernepleier, stipendiat
Sykehuset Østfold HF, Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og seksjon for habilitering	Hanne Hjelle Wisbech, psykolog Ronny Grimstad, psykologspesialist
Sykehuset Østfold HF, Nevropsykiatrisk enhet	Bjørn Erik Ramtvedt, psykologspesialist

Sykehuset Østfold HF, Utredningsavsnittet 0-13, Åsebråten Barne- og ungdomspsykiatriske klinikk	Liv Gulichsen. psykologspesialist
Psykiatrien i Vestfold HF, Glenne regionale senter for autisme	Ola Brønstad, overlege, barne - og ungdomspsykiater
Sykehuset Buskerud HF, Habiliteringstjenesten	Katja Grill, psykolog
Sykehuset Buskerud HF, Fjellbrott, BUPA	Ane Birgitte Hauglum, psykolog
Ringerike Sykehus HF, BUP	Mari Heen, psykologspesialist
Sykehuset Telemark HF, BUP, Utrednings – og konsultasjonsenheten	Rolv Lian, psykolog
Sykehuset Sørlandet HF, HABU SSA	Marie Strøm–Olsen, overlege, barne- og ungdomspsykiater
Sykehuset Sørlandet HF, HABU SSK	Katinka Aslaksen, seksjonsoverlege

Synnve Schjølberg, leder av ABC studien, Folkehelseinstituttet og Eili Sponheim forskningsleder for Kvinne – barndivisjonen, psykiske helse barn og unge, Oslo universitetssykehus, Ullevål har bidratt med kommentarer og innspill. Hilde Jorunn Kvamme, psykologspesialist fra St Olavs Hospital, Barnehabilitering har deltatt som Helse Midt–Norge`s representant.



**Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes  
syndrom og narkolepsi Helse Vest RHF**

**Postadresse:**

**RFM - Helse Vest  
Klinikk for psykosomatisk medisin  
Haukeland universitetssjukehus  
5021 Bergen**

**Tlf. 55 97 45 94 / 46 42 31 55**