



Uio • Universitetet i Oslo

# **Autismespekterforstyrrelser eller tilknytningsforstyrrelser:**

*En systematisk oversikt og diskusjon om  
helsestasjonstjenestens muligheter*

Gry Kine Aamot

Masteroppgave i interdisiplinær helseforskning

HELSEF 4502

60 Studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

15. mai 2020



## Innhold

Hovedbudskap.....	1
Sammendrag .....	2
Key Messages .....	3
Executive summary .....	4
Forord.....	5
1. Innledning.....	6
1.1. Bakgrunn .....	6
1.2. Formål og problemstilling.....	7
1.3. Avgrensning.....	7
1.4. Disposisjon over oppgaven.....	8
2. Bakgrunn, begrepsavklaring/ definisjoner .....	9
2.1. Diagnosesystemene ICD og DSM.....	9
2.2. Tilknytning og tilknytningsforstyrrelse .....	9
2.2.1. Reaktiv attachement disorder (RAD).....	11
2.2.2. Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED) .....	11
2.2.3. Prognose RAD/DSED.....	12
2.2.4. Kjennetegn RAD/DSED .....	12
2.3. Autismespekterforstyrrelser (ASD) .....	13
2.3.1. Definisjon.....	13
2.3.2. ICD & DSM .....	13
2.3.3. Forekomst.....	15
2.3.4. Prognose.....	15
2.3.5. Kjennetegn på ASD .....	17
2.4. RAD/DSED eller ASD .....	17
2.5. Helsestasjonstjenesten.....	20
2.5.1. Målet med helsestasjonsprogrammet .....	20
2.5.2. Forebygge, avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt.....	21
2.5.3. Avdekke fysiske og psykiske utviklingsavvik tidlig.....	21
2.5.4. Bidra til at barn får oppfølging og henvises videre ved behov.....	23
3. Metode .....	25
3.1. Systematisk oversikt.....	25
3.2. Kriterier for inklusjon og eksklusjon.....	26
3.3. Litteratursøk .....	26

3.3.1. Valg av databaser .....	26
3.3.2. Søkeord.....	27
3.3.3. Søkestrategi .....	27
3.4. Valg av studier .....	28
3.5. Dataekstraksjon.....	28
3.6. Vurdering av studiens kvalitet.....	28
3.7. Narrativ syntese .....	29
4. Resultater .....	32
4.1. Resultater av litteratursøket .....	32
4.2. Inkluderte studier .....	33
4.3. Dataekstraksjon fra de inkluderte studiene .....	34
4.3.1. Problemstillinger i de inkluderte studiene .....	34
4.3.2 Beskrivelse av utvalg i studiene.....	35
4.3.3. Beskrivelse av måleinstrumenter .....	35
4.3.4. Beskrivelse av kjennetegn på RAD/DSED og ASD i de inkluderte studiene.....	37
4.3.5. Beskrivelse av hovedfunn i de inkluderte studiene .....	40
4.4. Vurdering av risiko for systematiske feil i de inkluderte studiene .....	41
4.4.1. Vurdering av problemstillinger og studiedesign .....	41
4.4.2. Vurdering av om resultatene kan stoles på.....	42
4.4.3. Resultatene forteller .....	44
4.4.4. Kan resultatene være til hjelp i min praksis .....	44
4.5. Narrativ syntese .....	45
4.5.1. Utarbeide en teori .....	45
4.5.2. Utarbeide en foreløpig syntese .....	45
4.5.3. Utforsking av forhold mellom studiene .....	47
4.5.4. Oppsummering og sammendrag av resultater fra syntesen.....	53
4.5.5. Kvalitetsvurdering av syntesen.....	54
5. Diskusjon .....	56
5.1. Hovedfunn .....	56
5.1.1. Kjennetegn som indikerer ASD.....	56
5.1.2. Kjennetegn som indikerer RAD/DSED .....	57
5.1.3. Kjennetegn som ikke differensierer tilstandene .....	58
5.1.4. Andre kjennetegn som er viktige?.....	58
5.2. Deltagernes alder i studiene .....	59
5.3. Forskjellig framgangsmåte for å finne spesifikke kjennetegn.....	59
5.4. Tilliten til resultatene av syntesen .....	60

5.5. Styrker og svakheter ved den systematiske oversikten .....	60
5.6. Kunnskapshull og forskningsbehov .....	61
6. Oppsummering av den systematiske oversikten .....	62
7. RAD/DSED og ASD ved helsestasjonene.....	64
7.1. Interessante kjennetegn.....	64
7.1.1. Repeterende/stereotyp atferd og begrensede interesser .....	64
7.1.2. Gjensidig kommunikasjon .....	65
7.1.3. Vurdering av samspill .....	66
7.1.4. Andre interessante kjennetegn.....	67
7.1.5. Overføringsverdi til andre instanser.....	67
7.2. RAD/DSED og ASD i en helsestasjonshverdag: Muligheter og begrensninger .....	68
7.2.1. Helsestasjonsprogrammet .....	68
7.2.2. Hvordan kartlegge barns utvikling .....	69
7.2.3. Dokumentasjon .....	69
7.2.4. Rett hjelp så tidlig som mulig .....	69
7.2.5. Avslutning.....	70
Referanser .....	72
Vedlegg.....	77
Vedlegg 1. Emneord og synonymer .....	77
Vedlegg 2. Dokumentasjon av utvelgelse av studier.....	79
Vedlegg 3. Tabell over de inkluderte studiene.....	86
Vedlegg 4. Sjekkliste for vurdering av kvaliteten på de inkluderte studiene.....	90
Vedlegg 5. GRADE kvalitetsvurdering av dokumentasjon.....	96

## Hovedbudskap

Autismespekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser er to tilstander som har en del like kjennetegn og det kan derfor være vanskelig å skille dem fra hverandre. Da tilstandene også har forskjellig årsak og behandling, er det svært viktig for barn og foreldre at ansatte i helsestasjonstjenesten er kjent med disse kjennetegnene sånn at de kan guide familien videre til rett instans.

Jeg har gjennomført en systematisk oversikt av studier som sammenligner kjennetegn ved disse to diagnosene. Tre studier ble inkludert. Barna i studiene var i alderen 4-17 år. Studiene er publisert i perioden 2012-2017 med forfattere fra USA, Storbritannia og Sverige.

Ved hjelp av en narrativ syntese, kom det fram noen kjennetegn som kan skille tilstandene fra hverandre. Denne kunnskapen er interessant for fagpersoner som jobber med barn og foreldre og kan sette lys på hva som bør forskes på videre.

### *Tittel:*

Autismespekterforstyrrelser eller tilknytningsforstyrrelser: En systematisk oversikt og drøfting av helsestasjonstjenestens muligheter

### *Metode:*

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er en oppsummering av forskning der prosessen bærer preg av en systematisk og eksplisitt fremgangsmåte.

### *Svarer ikke på alt:*

Det er kun studier som sammenligner autismespekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser som er inkludert

### *Hvem står bak*

#### *masterprosjektet:*

Gry Aamot, student ved Universitetet i Oslo og helsesykepleier i Oslo kommune

### *Når ble litteratursøket utført?*

Søket etter studier ble avsluttet i mars 2019

### *Hovedveileder:*

Svein Eikeseth, Professor, Oslo Met

## Sammendrag

Reactive Attachment Disorder (RAD)/Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED) og Autismespekterforstyrrelser (ASD) har flere overlappende symptomer som kan gjøre det vanskelig å skille tilstandene fra hverandre. RAD/DSED er assosiert med alvorlig omsorgssvikt og ASD er en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse med biologiske årsaker. Helsestasjonstjenesten sin oppgave er å henvise barn med atypisk utvikling til rett instans til rett tid.

Hovedformålet med masterprosjektet er å gi en oppdatert kunnskapsoversikt som viser hvilke symptomer som skiller RAD/DSED fra ASD. Det sekundære formålet er å diskutere hvordan resultatene fra kunnskapsoversikten kan komme til nytte i helsestasjonsarbeidet.

Metoden som ble benyttet var en systematisk oversikt med narrativ syntese.

Litteraturgjennomgangen identifiserte tre studier. Resultatene fra disse studiene viser at det er mulig å skille RAD/DSED og ASD. De symptomene som best skiller disse tilstandene fra hverandre er repetitiv/stereotyp atferd og begrensede interesser, som begge indikerer ASD. Andre symptomer som impliserer ASD er: å være i sin egen verden, ikke respondere på sitt eget navn samt kommunikasjonsvansker. Et symptom som impliserer RAD/DSED er oppmerksomhetssøkende atferd.

Det er grunn til å stille spørsmål om tilliten til disse resultatene da alle de inkluderte studiene er observasjonsstudier. I framtidig forskning hadde det vært interessant å utforske om andre typer design, både kvantitative og kvalitative, understøtter resultatene. På nåværende tidspunkt er det disse studiene vi har, og funnene er allikevel viktig i helsestasjonsarbeidet og for andre fagpersoner som arbeider med barn. Funnene setter også søkelyset på hvordan helsestasjonstjenesten kan bedre sin praksis i forsøket på å skille mellom mulig RAD/DSED og ASD.

## Key Messages

Autism spectrum disorder and attachment disorder have several overlapping symptoms and it may be challenging to discriminate between the disorders. Due to the conditions' different causes and treatments, it is important that the primary public health service has updated knowledge so they can refer the families for appropriate services.

I have conducted a systematic literature review in which three studies were identified. The studies compare the two conditions. The age of the children were 4-17 years. The studies were published in the period 2012-2017 with authors from the USA, the UK and Sweden.

Through a narrative approach several symptoms differentiating the conditions appeared. The findings are interesting and important for people working with children and parents. Additionally, the findings shed light on important issues for future research.

### *Title:*

Autism spectrum disorder or attachment disorder: A systematic review and a discussion of the opportunities in the primary public health service

### *Method:*

Systematic review

A systematic review is a systematic and explicit way to summarizing research

### *Does not answer everything:*

It is only studies who compare autism spectrum disorder and attachment disorder included

### *Who is behind the Master*

#### *Thesis project:*

Gry Aamot, Student in University of Oslo and public health nurse in Oslo

### *When was the literature search conducted?*

The literature search was conducted in March 2019

### *Supervisor:*

Svein Eikeseth, Professor, Oslo Met



## Executive summary

The diagnoses Reactive Attachment Disorder (RAD)/Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED) and Autism Spectrum Disorder (ASD) have several overlapping symptoms and it may be challenging to discriminate the disorders. RAD/DSED is associated with severe social- emotional maltreatment while ASD is a neurogenetic disorder. The primary health service`s aim is to refer children with atypical development to the right clinic at the right time.

The main purpose of this study is to give an updated overview of specific symptoms discriminating RAD/DSED from ASD. It is also discussed in what way this knowledge may be helpful in the primary health service.

The method used in this thesis is a systematic literature review with a narrative synthesis. The systematic literature review identified three studies. The results from these studies demonstrates that RAD/DSED and ASD may be differentiated. Symptoms best differentiating the conditions are repetitive/ stereotyped behaviour and restricted interests, both indicating ASD. Other symptoms implicating ASD are; unresponsive to verbal input (to name), attention seeking behaviour, “in own world” and atypical communication. Attention seeking behaviour was a symptom indicating RAD/DSED.

The results of the narrative syntheses can be questioned, mainly due to the study-design in the included studies, which are all observational studies. It would be interesting in future research to investigate this issue with different designs both quantitative and qualitative, to investigate whether other types of study- design support the results. Although, at the moment, we only have these three studies, the findings are important both in the primary health service and for people working with children. The findings also suggest how the primary health service may improve their practice in the attempt to separate between possible RAD/DSED and ASD.

## Forord

Det har vært en god opplevelse å skrive denne masteroppgaven, et friskt pust i hverdagen. Den største motivasjonen i skriveprosessen har vært å få mulighet til å skrive om dette temaet samtidig som mine kollegaer og jeg ser disse utfordringene på nært hold i arbeidshverdagen.

Jeg ønsker å rette en takk til mine ledere som har lagt til rette for at jeg kunne skrive masteroppgaven og til mine gode kollegaer som har vært nysgjerrige på faglige utfordringer sammen med meg. En stor takk går til hovedveileder Svein Eikeseth, Oslo Met, som har guidet meg hele veien. Tusen takk for at du inkluderte meg i fagmiljøet på Oslo Met, det har vært spennende og lærerikt å være på besøk. Jeg vil rette en takk til biveileder Lisbeth Thoresen og hennes kollegaer ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap på UiO. Det har vært en svært inspirerende og variert studie som det har vært en glede å få ta del i.

Tusen takk til min mamma og Lasse som har vært svært hjelpsomme og brukt mange timer med korrekturlesning og faglig innspill, de siste møtene på sosiale medier grunnet koronasituasjonen vi nå opplever. Tusen hjertelig takk for en fin tegning mamma, fineste bursdagsgaven. Tusen takk til Per som delte sin statistikk kunnskap med meg. En stor takk til min gode venninne Monica som støtter og pusher meg i en god balanse.

Jeg er så heldig å ha verdens herligliste, mest tålmodige familie med Geir, Rasmus, Kristine, Edvin, Kine og Lulu. Dere støtter og heier på meg både på gode og dårlige dager, og hjelper til med alt fra moralsk støtte, mat og drikke, til språklig innspill. Ikke minst sørger dere for at jeg har mye å glede meg til i tiden framover. Tusen hjertelig takk.

*Gry Aamot, Løvenstad, Våren 2020*

# 1. Innledning

## 1.1. Bakgrunn

De fleste barn som helsesykepleier møter på helsestasjonen er i fin utvikling og har en god tilknytning til sine foreldre. Denne oppgaven handler om de barna som viser tegn til atypisk utvikling, som for eksempel redusert kvalitet i samspillet med sine foreldre. Det kan være flere årsaker til at barn viser tegn til slik utvikling. Helsestasjonens oppgave er å gi tidlig og riktig hjelp til disse barna.

Autismespekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse er to diagnoser med forskjellig årsak og behandling. Autismespekterforstyrrelser er biologisk forankret. Tilknytningsforstyrrelser kan oppstå som resultat av alvorlig omsorgssvikt. I de tidlige barneårene kan kjennetegn på disse tilstandene være svært like, noe som gjør det vanskelig å skille tilstandene fra hverandre (Stokke, 2011).

Det kan få store konsekvenser både for barnet og familien hvis de ikke får den hjelpen de har behov for. Barns hjerne er i stor utvikling de første årene. Det at hjernen har en slik plastisitet gir muligheter til å modifisere vansker tidlig i utviklingen (Dawson, 2008). Familier som har et barn med symptomer på autisme, kan for utenforstående virke kaotisk og preget av omsorgssvikt. På samme måte kan man misforstå et barns atferd og tenke at det handler om autistiske vansker, men der atferden i virkeligheten skyldes en tilknytningsforstyrrelse.

Helsestasjonstjenesten er et tilbud til alle familier med oppfølging fra svangerskapet og til barna begynner på skolen. Tilbudet har en god oppslutning hos befolkningen og rundt 98% av alle barn i Norge er i kontakt med helsestasjonstjenesten det første leveåret og regelmessig fram til skolestart (Helsedirektoratet, 2019). Det er ikke helsestasjonstjenestens mandat å sette diagnoser eller utrede for mulig omsorgssvikt. Men det kan være ansatte i helsestasjonstjenesten som ser de første symptomene på atypisk utvikling hos barna. Helsestasjonens oppgave er da å henvise barnet og familien videre. Det kan være svært utfordrende å vite hvilken instans som det er riktig å henvise til.

Etter mange års erfaring som helsesykepleier på helsestasjon i en bydel preget av levekårsutfordringer, har jeg blitt motivert til å skrive om dette temaet. Jeg har behov for økt kunnskap på dette området for å kunne gi bedre hjelp til barn og familier jeg møter i min hverdag. Oppdatert kunnskap på å forstå forskjellene og likhetene mellom autismespekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser kan være nyttig for alle som jobber med barn.

Det har de siste årene vært stor oppmerksomhet omkring atypisk utvikling hos barn for å avdekke omsorgssvikt. Andre årsaker til at barn ikke utvikler seg som forventet, har ikke fått like stor oppmerksomhet. Jeg opplever at denne ensformige tankegangen kan gå på bekostning av riktig hjelp til riktig tid for barn og familier. Foreldre som har barn med avvikende utvikling, kan urettmessig bli møtte med mistanke om at de ikke er gode nok som foreldre. Dette kan føre til at foreldrene ikke får

den veiledningen og avlastningen som de har behov for. En annen konsekvens kan være at barnet ikke får utredningen og intervensjon tidlig nok.

## 1.2. Formål og problemstilling

Hovedformålet med masterprosjektet er å gi en oppdatert kunnskapsoversikt som viser hva som skiller autismespekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser fra hverandre. Det sekundære formålet med oppgaven er å se hvordan funnene fra kunnskapsoversikten kan komme til nytte i helsestasjonsarbeidet. Med dette som utgangspunkt har følgende problemstilling blitt valgt:

- 1) I hvilken grad er det mulig å differensiere mellom autismespekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser
- 2) Hvordan kan man differensiere mellom mistanke om autismespekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser ved helsestasjonene

Første del av problemstillingen er mitt forskerspørsmål. Jeg har gjennomført en systematisk oversikt for å avdekke om visse symptomer/ -kjennetegn kan skille tilstandene autismespekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser. Den andre delen av problemstillingen vil besvares ved å diskutere resultatene fra den systematiske oversikten opp mot det eksisterende helsestasjonsprogrammet. Stokke (2011) gjennomførte en litteraturgjennomgang som omhandlet dette temaet. I litteraturgjennomgangen ble det ikke funnet noen studier som konkret sammenlignet tilstandene (Stokke, 2011). Det er nødvendig og nyttig med en oppdatert kunnskapsoversikt som ser på hva som skiller disse lidelsene fra hverandre og hva som overlapper. Det har ikke tidligere blitt gjennomført studier der funn fra en systematisk oversikt med dette tema har blitt koblet opp mot helsestasjonsprogrammet. En slik oversikt kan være nyttig for alle yrkesgrupper som møter barn og foreldre, og kunnskapen kan gi bedre kliniske vurderinger i helsestasjonsarbeidet.

## 1.3. Avgrensning

Formålet med oppgaven er å finne kunnskap om hvordan man kan skille mellom autismespekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser og diskutere hvordan denne kunnskapen kan utnyttes i helsestasjonsarbeidet. Dette er et tema som kan undersøkes på mange forskjellige måter. Det kunne ha blitt en kvalitativ oppgave om både foreldres og helsesykepleiers erfaringer og opplevelser omkring dette temaet. Kunnskapstranslasjon kunne ha vært i fokus. Hvordan benytter hjelpetjenesten som samlet enhet den kunnskapen som eksisterer? Hvordan deler vi kunnskapen mellom forskjellige tjenester? Ansatte ved helsestasjonstjenesten samarbeider med mange instanser som for eksempel barnehager, pedagoger og spesialisthelsetjenesten. Det hadde vært spennende å sett nærmere på dette samarbeidet i forhold til resultatene. Diskusjonen i siste kapittel er begrenset til egne refleksjoner. Jeg skulle veldig gjerne ha intervjuet ansatte i førstelinjetjenesten og

spesialisthelsetjenesten for å få fram flere erfaringer og innspill. Men på grunn av oppgavens begrensning er det ikke rom for dette. Å satt et søkelys på disse tilstandene i forbindelse med medikalisering og dagens diagnosekultur hadde også vært spennende. Det hadde også vært interessant å gjennomføre kvantitative undersøkelser om hvor mange familier som har vært i kontakt med barnevernet på grunn av atypisk atferd hos barna, der det senere viste seg at barna hadde en diagnose som kunne forklare atferden uten at det var snakk om omsorgssvikt. Men valget falt på å finne eksisterende kunnskap ved å gjøre et dypdykk i tidligere studier om dette temaet.

Det var i utgangspunktet ønskelig å ha fokus på de minste barna, men litteratursøket ble ikke begrenset til alder da det i utgangspunktet var forventet å finne få studier av de yngste barna. Det ble ikke fokusert på årsaker eller behandling av disse lidelsene. Jeg valgte ikke å gå nærmere inn på kjønnsforskjeller ved autismespekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser og heller ikke på barn som har autisme og som samtidig blitt utsatt for omsorgssvikt.

#### 1.4. Disposisjon over oppgaven

Første kapittel vil være en introduksjon til masterprosjektet. I oppgavens andre kapittel vil diagnosesystemene ICD og DSM bli beskrevet. Deretter gjøres det kort rede for tilknytningsteori og tilknytningsforstyrrelser knyttet opp mot diagnosekriterier. Dette innebærer en begrepsavklaring i forhold til tilknytningsforstyrrelser og en beskrivelse av lidelsen. Videre i kapittel 2 beskrives autismespekterforstyrrelser med blant annet definisjon, forekomst og kjennetegn. Deretter beskrives kjennetegn som kan skille mellom tilknytningsforstyrrelser og autismespekterforstyrrelser. Avslutningsvis i kapittel 2 kommer en introduksjon av helsestasjonstjenesten koblet opp mot problemstillingen. Kapittel 3 er metodekapittelet og vil blant annet inneholde inklusjons- og eksklusjonskriterier og beskrivelse av fremgangsmåten i den systematiske oversikten. I resultatdelen i kapittel 4 vil resultatene av det systematiske søket presenteres ved hjelp av en narrativ syntese. I kapittel 5 vil resultatene fra det systematiske søket bli diskutert. Her vil blant annet hovedfunn bli beskrevet og tilliten til resultatene bli vurdert. I kapittel 6 vil jeg gi en oppsummering og konklusjon av den systematiske oversikten. Hvordan resultatene kan komme til nytte i helsestasjonstjenesten diskuteres i kapittel 7 som er det avsluttende kapittelet.

## 2. Bakgrunn, begrepsavklaring/ definisjoner

I denne delen av oppgaven vil jeg se nærmere på tilknytningsforstyrrelser, autismspekterforstyrrelser og helsestasjonstjenestens arbeid med disse. Men først kommer en kort introduksjon av diagnosesystemene ICD og DSM som i dag benyttes ved diagnostiseringen av barn med autismspekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser.

### 2.1. Diagnosesystemene ICD og DSM

Diagnosesystemet ICD står for International Classification of Diseases (ICD) og er utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon (WHO). ICD er en internasjonal standard både for somatiske og psykiske tilstander. Den 10. versjonen av ICD (ICD-10) ble introdusert i 1990 (WHO, 2020). Blant annet på bakgrunn av ny forskning, revideres ICD jevnlig og siste oppdatering kom i 2019 (ICD-11). Den siste versjonen er foreløpig ikke tilgjengelig på norsk (Nøvik & Lea, 2019). Til tross for at ICD er en global diagnosemanual, har American Psychiatric Association (APA) utarbeidet diagnosesystemet DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) som i USA brukes sammen med ICD. På lik linje med ICD, er DSM-systemet under stadig utvikling og nyeste versjonen, DSM-5, ble introdusert i 2013 (Nøvik & Lea, 2019) (Özerk, 2016)(APA, 2013).

Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, DC: 0-5, ble utgitt i revidert utgave i 2016. Den er ikke ment å erstatte ICD-10 eller DSM-5, men er mest som et substitutt for de aller minste barna. I denne oppgaven har jeg valgt å forholde meg til ICD- og DSM- diagnosesystemene, da jeg tenker de er dekkende for de diagnosene jeg studerer. Samtidig tenker jeg at manualen kan komme til nytte i praksis, særlig med tanke på utviklings-milepæler ved forskjellige alderstrinn fra 3-60 måneder (Zero to Three, 2016).

### 2.2. Tilknytning og tilknytningsforstyrrelse

Jeg har valgt å forholde meg til det psykologiske begrepet *tilknytning* som barnets motivasjon for å søke trøst og beskyttelse hos sine nærmeste omsorgspersoner når det føler seg engstelig og redd. Motivasjonen aktiveres ved opplevelse av stress eller sårbarhet og tilknytning kan ha en stressregulerende funksjon. Denne forståelsen av begrepet *tilknytning* stammer fra Bowlbys tilknytningsteori (Bowlby, 1988; Sjøvold & Furuholmen, 2015; Smith, 2002; Zachrisson, 2010). Barnet er totalt avhengig av sine omsorgspersoner, og derfor vil tilknytning skje uansett kvaliteten på omsorgsutøvelsen. Kvaliteten på tilknytningen kan være utviklingsfremmende eller utviklingshemmede (Sjøvold & Furuholmen, 2015). For å forstå sammenhengen mellom tilknytning og psykiske vansker har det blitt utviklet flere komplekse modeller (kumulative risikoer, mediering, tidlig påvirkning og diatese-stress). Det kan se ut som at de første tilknytningserfaringene danner en grunnmur som kan få betydning for om belastninger i livet fører til psykiske plager eller ikke (Sjøvold & Furuholmen, 2015; Zachrisson, 2010).

Barns tilknytningsmønstre kan klassifiseres i fire ulike mønstre:

- Trygg tilknytning (type B)
- Utrygg tilknytning; Unnvikende (type A)
- Utrygg tilknytning; Ambivalent (type C)
- Desorganisert tilknytning (type D) (Sjøvold & Furuholmen, 2015)

Ainsworth og kollegaer utviklet de tre første tilknytningsmønstrene. Senere viste det seg at barn som hadde vært utsatt for overgrep, vanskjøtsel eller andre former for omsorgssvikt ikke var mulig å klassifisere innenfor kategoriene A, B eller C. Derfor ble *Desorganisert tilknytning (type D)* lagt til som en fjerde kategori av Main og Solomon i 1990. (Sjøvold & Furuholmen, 2015).

De første levemånedene viser barnet respons til alle, men fra 6-7 måneders alder danner barnet en personspesifikk tilknytning til primære omsorgspersoner (Smith, 2002) og ved ti til tolv måneders alder er barnets tilknytning til sine nærmeste etablert (Sjøvold & Furuholmen, 2015).

Begrepet «tilknytningsforstyrrelse» refererer til tilstander hos barn med redusert tilknytningskvalitet. Kriteriene for klinisk forstyrrelse av tilknytning er i dag beskrevet ved diagnosekriteriene for Reactive Attachment Disorder (RAD) og Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED) (WHO, 2019 og APA, 2013). I oppgaven vil jeg bruke betegnelsene RAD og DSED som er i tråd med ICD-11/ DSM-5 og med den begrepsbruk som er vanlig i forskningslitteraturen.

Diagnosen RAD ble introdusert i DSM-III i 1980 og noe senere i ICD-10. RAD var da en fellesbetegnelse for både RAD og DSED. Etter revisjoner i diagnosesystemene er nå diagnosen RAD både i DSM-5 og ICD-11 delt inn i to lidelser; Reactive Attachment Disorder (RAD) og Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED) (Zeanah & Gleason, 2015). RAD og DSED er diagnoser det er forsket lite på i diagnosesystemene. Men de siste 15 årene har det vært gjennomført mer systematisk forskning. Til tross for ny forskning, er både RAD og DSED sjeldne og kontroversielle diagnoser med behov for ytterligere forskning (Mayes, Calhoun, Waschbusch, Breaux & Baweja, 2017). Det er heller ingen gullstandard for å identifisere kjennetegn knyttet til RAD/DSED (Fogler & Phelps, 2018).

Forekomsten av RAD/DSED i normalbefolkningen estimeres å være fra under 1 % til 1,4%. I en klinisk populasjon av befolkningen forventes forekomsten å være høyere. I en undersøkelse av fosterhjemsplasserte, tidligere mishandlede småbarn var forekomsten av RAD (DSM-4) 38-40%. (Stokke, 2011, s. 19)(Minnis et al., 2013). Pritchett og kollegaer (2013) fant i sin studie at over 85% av barn med RAD hadde andre tilleggs lidelser som for eksempel ADHD. I tillegg viste studien at barna hadde lavere IQ, mer atferdsvansker og lavere sosiale evner sammenlignet med andre barn. Studien

viste også at barn med RAD hadde hyppigere desorganisert tilknytning (Pritchett, Pritchett, Marshall, Davidson & Minnis, 2013).

I både ICD-11 og DSM-5 er det fokus på ikke å sette diagnosen for tidlig da selektiv tilknytning muligens ikke er fullt utviklet før 12 måneders alder (WHO, 2019) (Zeanah & Gleason, 2015).

Det er flere felles trekk ved RAD og DSED, blant annet at begge lidelsene oppstår før 5 års alderen og kjennetegnes ved et mønster av avvikende atferd hos barn som har vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Mayes og kollegaer (2017) sammenlignet RAD og DSED og resultatene viste at det var ekstremt sjelden at et barn hadde RAD diagnosen uten DSED diagnose samtidig. Barn med både RAD og DSED hadde større vansker enn barn med kun DSED diagnose (Mayes et al., 2017). Samtidig som at alvorlig omsorgssvikt er en årsak til RAD og DSED, er også barnets sårbarhet av betydning for om barn utvikler RAD og DSED. Ikke alle barn som blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt utvikler RAD eller DSED (Zeanah & Gleason, 2015).

#### 2.2.1. Reaktiv attachment disorder (RAD)

RAD i barndommen beskrives i ICD-10 som en tilstand som kan inntreffe som et direkte resultat av alvorlig omsorgssvikt, misbruk eller alvorlig mishandling. Den avvikende atferden ses de fem første leveårene med vedvarende kjennetegn som fryktsomhet, overdreven vaksomhet, redusert sosialt samspill, aggresjon mot seg selv/andre og tristhet. I ICD-10 er det beskrevet at barn med RAD kan ha svekket språkutvikling. Kjennetegnene er påvirkelige av endringer i omsorgsstruktur, og barnet kan få en sterk bedring hvis barnet blir plassert i et normalt oppdragelsesmiljø (WHO, ICD-10, 1992). I DSM-5 er RAD også beskrevet ved at barnet sjelden søker trøst ved uro, ikke viser en fokusert tilknytning til en foretrukket omsorgsperson, har redusert sosial og følelsesmessig gjensidighet, viser minimal sosial og følelsesmessig respons til andre og har vansker med regulering av følelser. Barnet har ofte uforklarlig irritabilitet, tristhet og redsel (Zeanah & Gleason, 2015).

#### 2.2.2. Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED)

ICD-10 beskriver at *Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen* (tilsvarer DSED) kan oppstå ved svikt i muligheten til å utvikle selektiv tilknytning til omsorgspersoner de første fem leveår. Barnet kan ved 2 års alderen oppleves som klengete, og ved 4 års alderen kan barnet oppleves som oppmerksomhetssøkende og ha en ukritisk vennlig atferd. Den avvikende sosiale fungeringen har en tendens til å vedvare til tross for endringer i omgivelsene. Barnet kan ha vansker med å danne nære og tillitsfulle vennskapsforhold (WHO, 1992).

I DSM-5 beskrives barn med DSED ved å ha upassende tilnærming til ikke-familære voksne, mangle fremmedfrykt og ved at de kan vandre av gårde med fremmede. Barnet kan mangle grenser for



hvordan de søker kontakt med andre og dermed søke upassende fysisk kontakt. Barnet kan også stille upassende spørsmål til ikke-familiære voksne (Zeanah & Gleason, 2015).

### 2.2.3. Prognose RAD/DSED

Det er en selvfølge at tidlig intervensjon hos barn med RAD/DSED er viktig, med søkelys på at barnet får trygg, sensitiv omsorg uten maktmisbruk. Studier av barn adoptert fra rumenske barnehjem, viser at omsorgssituasjonen må forbedres innen 4-6 års alderen for at tilstanden til barn med tilsknytningsforstyrrelser skal forbedres (Wilkinson, 2019). Diagnosene RAD og DSED er på langt nær ferdig utforsket, men det synes som om RAD har noe bedre prognose enn DSED når omsorgsbetingelsene bedres (Kvello, 2012).

### 2.2.4. Kjennetegn RAD/DSED

I tabellen under oppsummeres likheter ved RAD/DSED og kjennetegn for hver av tilstandene.

Tabell 1. Kjennetegn for RAD og DSED

Likheter RAD/ DSED	
Barn utsatt for alvorlig omsorgssvikt	
Avvikende sosial fungering	
Kjennetegn kommer til syne før 5 års alderen	
Diagnosen kan ikke settes før 12 måneders alder	
Spesifikke kjennetegn for RAD og DSED	
RAD	DSED
Overdreven vaksomhet, redsel	Manglende fremmedfrykt
Minimal sosial og følelsesmessig gjensidighet	Manglende sosiale og fysiske grenser
Vansker med regulering av følelser	Vansker med å danne nære vennskap
Kan ha svekket språkutvikling	«Klengete» atferd ved 2 år
Uforklarlig irritabilitet, tristhet	Ukritisk, vennlig atferd ved 4 år
Endring av oppvekstomgivelser kan gi positiv effekt	Ofte vedvarende vansker til tross for endrede oppvekstomgivelser

Jeg vil i det følgende omtale RAD og DSED samlet, som RAD/DSED. Det er naturlig å utforske disse sammen da barn ofte har begge diagnosene samtidig og begge tilstandene er forårsaket av alvorlig omsorgssvikt.

## 2.3. Autismespekterforstyrrelser (ASD)

### 2.3.1. Definisjon

Autisme er en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og kjennetegnes ved en alvorlig svikt i gjensidig sosial interaksjon/kommunikasjon og stereotyp atferd (Olaff & Eikeseth, 2015). Personer med autismespekterforstyrrelser er en svært heterogen gruppe med store individuelle forskjeller i forhold til funksjonsnivå (Lord, Bishop & Anderson, 2015). Forskning viser at 50- 80% av barn med autisme har psykisk utviklingshemming og de fleste vil ha behov for helse- og omsorgstjenester resten av livet (Eikeseth, 2011).

På 1940- tallet beskrev Leo Kanner og Hans Asperger barn som blant annet:

- trivdes best alene
- sjelden gråt for så å gå til sin mor
- var uinteressert i folk som kom på besøk
- hadde stereotype bevegelser
- klarte ikke å leke med andre barn
- forsto ikke meningen med respekt for andre
- hadde udiskriminerende atferd

Denne beskrivelsen av atferd er i dag anerkjente kjennetegn innenfor autismespekteret. Forståelsen av autisme har hatt en betydelig utvikling siden 1940 og siden 1990- tallet har det vært en eksplosiv økning i forskning rundt lidelsen (Lai, Lombardo & Baron-Cohen, 2014).

Årsaken til autisme er usikker, men det gjøres framskritt når det gjelder å sette søkelys på genetiske (Sandin et al., 2014) og miljømessige faktorer (Modabbernia, Velthorst & Reichenberg, 2017). I studiet til Bai med kollegaer (2019) med data basert på befolkning fra fem land, viste resultatene at ASD hadde en svært sterk arvelig komponent på rundt 80% (Bai et al., 2019).

### 2.3.2. ICD & DSM

I diagnosesystemet ICD-10 som foreløpig praktiseres i Norge er *Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser* en samlebetegnelse for en gruppe alvorlige utviklingsforstyrrelser og er kategorisert under kapittelet F84. Kjennetegn ved gjennomgripende utviklingsforstyrrelser er kvalitative avvik i det mellommenneskelige sosiale samspillet og kommunikasjonsmønsteret, og ved et begrenset, stereotyp og repeterende repertoar av interesser og aktiviteter (WHO, 1992/1999).

De gjennomgripende utviklingsforstyrrelsene slik de er delt inn i ICD-10 er:

- F84.0 Barneautisme
- F84.1 Atypisk autisme

- F84.2 Retts syndrom
- F84.3 Annen disintegrativ forstyrrelse i barndommen
- F84.4 Forstyrrelser med overaktivitet forbundet med psykisk utviklingshemming og bevegelsesstereotyper
- F84.5 Aspergers syndrom
- F84.8 Andre spesifiserte gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- F84.9 Uspesifiserte gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (WHO, 1992)

Diagnosesystemene DSM og ICD er på lik linje med tilsknytningsforstyrrelser under utvikling innenfor autismespekterforstyrrelser. I DSM-5 (2013) og ICD-11 (2019) er undergruppene innen autismespekteret fjernet og beskriver i disse versjonene autismespekterforstyrrelser (Autism Spectrum Disorder) som eneste autismediagnose (APA, 2013) (WHO, 2019). Videre i oppgaven vil jeg bruke betegnelsen ASD (Autism Spectrum Disorder) som i ICD-11/ DSM-5 og med den begrepsbruk som er vanlig i forskningslitteraturen.

I ICD-10 var ASD knyttet til tre områder: Gjensidig sosialt samspill, Kommunikasjon og Stereotyp/ repetitiv atferd. ASD er i ICD-11 karakterisert ved to istedenfor tre områder:

- vedvarende brist i evnen til å ta initiativ til og til å opprettholde gjensidig sosial interaksjon og sosial kommunikasjon
- begrensede, repetitive og lite fleksible mønstre i atferd og interesser

Symptomene kommer til syne i utviklingsperioden, ofte i tidlig barndom, men blir av og til ikke manifeste før de sosiale kravene overstiger barnets begrensede kapasitet. Symptomene fører til funksjonsnedsettelse sosialt, i utdanning, i jobb mm. Det er individuelle forskjeller som kan spesifiseres med eller uten psykisk utviklingshemming og med eller uten språkvansker i forskjellige grader (WHO, 2019). I DSM-5 er det fokus på stor variasjon av symptomer, der noen barn viser milde symptomer og andre barn viser alvorlige symptomer (APA, 2013).

Enkelte barn med ASD opplever tap av ferdigheter. Forekomsten er ikke helt klar, men studier viser at mellom 15-47% av barn med ASD har tap av ferdigheter. Dette skjer oftest i alderen 15-30 måneder og det er tap av språk som er mest vanlig (Stefanatos, 2008).

Barn med ASD har ofte andre medisinske tilstander, utviklingsvansker og psykiatrisk tilleggspromematikk med flere komorbide lidelser (Lai et al., 2014) (Moreno-De-Luca et al., 2013). ASD er definert ved et visst antall enkelt- symptomer som danner et mønster. Disse symptomene kan også ses ved andre psykiatriske lidelser. Det kan være vanskelig å skille disse lidelsene fra andre

tilstander. Eksempel på differensialdiagnoser kan være ADHD, tvangslidelse, angstlidelse og tilsknytningsforstyrrelser (Sponheim & Gjevik, 2019).

### 2.3.3. Forekomst

Antall barn som får diagnosen ASD har vært sterkt økende siden 1990-årene både i Norge og andre land. Surèn og kollegaer (2019) viste i sin studie at ved 8 års alder hadde 1,1% av guttene og 0,3% av jentene i Norge fått diagnosen ASD. Undersøkelsen viste at fra 2008 til 2016 hadde andelen økt i alle aldersgrupper (Suren et al., 2019). De norske tallene samsvarer med forekomsten av barn med ASD i internasjonale studier. Til tross for noe usikkerhet når det gjelder forekomsten av ASD, er trenden at forekomsten av barn som får ASD diagnosen er økende. Verdens Helseorganisasjon oppgir at 1 av 160 barn får ASD diagnosen (WHO, 2019). Økningen i forekomsten av barn som får diagnosen ASD kan skyldes utvidede/ endrede diagnosekriterier, samt mer kunnskap hos klinikere og i befolkningen generelt. Økningen kan også skyldes at flere med mildere symptomer får diagnosen (Elsabbagh et al., 2012) (Lai et al., 2014).

Özerk (2018) så på den økende forekomsten av barn med ASD (ICD-10: Barneautisme og Asperger syndrom) i Oslo fra 2012 til 2016, og han fant at antall barn med ASD i Oslo var doblet i denne perioden. Resultatene i denne studien viste også at det var en større økning blant skolebarn enn blant førskolebarn (Özerk, 2018).

Studier fra andre land viser at det er 2-3 ganger flere gutter enn jenter som får diagnosen (Lai et al., 2014) (Saemundsen, Magnússon, Georgsdóttir, Egilsson & Rafnsson, 2013). I Surèn og kollegaer sin norske studie (2019) viser resultatene at det var 4,4 ganger så mange gutter som jenter registrert med diagnosen ved fylte åtte år. Forfatterne tolker det slik at en del jenter med autisme ikke diagnostiseres, eller får diagnosen senere (Suren et al., 2019).

### 2.3.4. Prognose

Da personer med ASD er en svært heterogen gruppe, vil prognosene variere med hensyn til symptombelastning og funksjonsnivå. Studier som ble gjennomført før den store satsningen på tidlig intervensjon, viste at 58-78% av personer med autisme hadde dårlig eller veldig dårlig utfall i forhold til selvstendig levemåte, utdanning, arbeid og sosiale relasjoner. Hovedtilnærmingen til barn med autisme er opplæring og tilrettelegging da medisinsk behandling ikke er effektiv mot kjernesymptomene. Målet med behandlingen av personer med ASD blir å få støtte til å oppnå sitt fulle potensial innenfor områder de strever med (Lai et al., 2014).

Tidlig identifisering gir mulighet for tidlig intervensjon, noe som gir mulighet til å utnytte hjernens plastisitet, gjerne før barnet er 2 år. Ved denne alderen har barn fått kort tid til å etablere problematferd. Barna har også mindre utviklede ferdigheter innen lek, sosial atferd og

kommunikasjon. Tidlig intervensjon kan også redusere foreldrestress (Olaff & Eikeseth, 2015). Ved tidlig diagnostisering er det muligheter for bedret funksjon hos personer med ASD og reduserte sosiale kostnader (Zwaigenbaum & Penner, 2018). Dawson`s teoretiske modell (2018) antyder at det til og med er mulig å forebygge full manifestasjon eller begrense vanskene ved ASD med tidlig intervensjon på grunn av barnehjernens plastisitet. Men til tross for tidlig intervensjon vil ikke alle barn med ASD ha så bra fremgang (Dawson, 2008).

Det er mange faktorer som kan påvirke hvor gamle barn er når de får ASD- diagnose. Studiet til Larsen, 2015, viste at barn i Norge ble diagnostisert i alderen 46,4 måneder som samsvarer med internasjonale studier. Men studien inkluderte kun barn i førskolealder, og den reelle alderen kan derfor være høyere. Ut fra kunnskap om tidlige symptomer på ASD bør det være mulig å diagnostisere enkelte barn før 24 måneder, og ikke senere enn 36 måneder. For noen barn vil ikke symptomer gi store utfordringer før skolealder, og det vil derfor ikke være mulig eller nødvendig å diagnostisere alle barn med ASD i en tidlig alder (Larsen, 2015). Det kan være særlig vanskelig å gjenkjenne symptomer hos de miste barna som har IQ og språklig utvikling innenfor normalområdet (Stenberg et al., 2014). Dette stemmer overens med Özerk (2018) sin studie der han så på forekomsten av barn med ASD i Oslo i årene 2012-2016, og der fant han at forekomsten av barn med ASD økte i skolealder (Özerk, 2018).

Russell og kollegaer (2011) sin studie viser faktorer som kan føre til en forsinkelse i identifikasjonen av ASD hos barn. Disse faktorene kan være:

- gutter ble hyppigere identifisert enn jenter
- barn av unge førstegangsforeldre hadde mindre sannsynlighet for identifisering
- mors depresjon før og rundt tiden der barnas autistiske vansker ble synlig (Russell, Steer & Golding, 2011).

Andre faktorer som kan påvirke tidlig identifisering og diagnostisering kan være etnisk og sosialøkonomisk status og ventelister for utredning (Fountain, King & Bearman, 2011; Zwaigenbaum & Penner, 2018). Larsen (2013) som så på faktorer som påvirker alder for diagnose i Helse Sør- Øst, fant signifikant forskjell på barn henvist til Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (Bup) og Barnehabilitering på sykehus. Barn henvist til Bup for utredning hadde en gjennomsnittlig diagnosealder på 56,3 måneder, mens barn diagnostisert på Barnehabilitering på sykehus hadde en gjennomsnittsalder på 44,4 måneder (Larsen, 2015). Barn i Norge følges opp regelmessige med konsultasjoner på helsestasjonen. Men det kan være flere måneder eller år mellom hver avtale. Identifikasjon av atypisk utvikling som kan være assosiert med ASD, krever en systematisk

observasjon over tid. Slik det norske helsestasjonssystemet er bygget opp i dag, kan det bidra til at barn med ASD blir diagnostisert senere enn det forskning indikerer er mulig. Komorbide tilstander kan også være en faktor som fører til sen henvisning til spesialisthelsetjenesten. Man finner også regionale forskjeller i land og mellom land (Larsen, 2015).

### 2.3.5. Kjennetegn på ASD

Mange foreldre til barn som senere får diagnosen ASD hadde bekymringer for barnets utvikling det første leveåret. Samtidig viser studier at å skille på barn med ASD fra barn med normal utvikling er sikrere å diagnostisere fra det andre leveåret (Zwaigenbaum, Bryson & Garon, 2013).

Tabell 2. Oppsummering kjennetegn ASD

Kjennetegn ASD
Sosialt samspill/ sosial kommunikasjon
Vansker med blikkontakt
Vansker med å bruke ansiktsuttrykk for å formidle ønsker og interesser
Vansker med å forstå andres gester og å oppfatte og tolke andres emosjoner
Vansker med å dele oppmerksomhet og interesser med andre
Sosiale situasjoner kan virke overveldende og forvirrende
Kommunikasjonsvanskene varierer fra forsinket eller mangelfull språkutvikling og svært lite funksjonell kommunikasjon til språklige avvik som ekkotale mm.
Pragmatiske språkvansker, kan ha velutviklet talespråk, men vansker knyttet til samtaleferdigheter og sosial bruk av språket
Vansker med språkforståelse
Begrensede interesser og repetitiv atferd
Interesser innen få og snevre områder
Ensporethet i tanker og væremåte
Noen har spesielle eller underlige bevegelsesmønstre som gjentas hyppig
Mange kan vise en rigid motstand mot forandring og reagere sterkt på små endringer i omgivelsene
Kan bli opphengt i ikke-funksjonelle rutiner eller ritualer

(Oslo Universitetssykehus, 2018)

### 2.4. RAD/DSED eller ASD

Det har vært en økende interesse for de mulige utfordringene med å skille mellom RAD/DSED og ASD (Moran, 2010) (Davidson et al., 2015; Melling & Smethurst, 2017). Tilstandene er ulike med tanke på

årsak og prognose, men har samtidig en del fellestrekk. Da symptomene mellom RAD/DSED og ASD kan være overlappende, erfarer klinikere det som vanskelig å skille mellom de to lidelsene, noe som kan føre til feildiagnostisering (McKenzie & Dallos, 2017). Ifølge diagnosekriteriene er utfordringer med sosial kompetanse og sosiale relasjoner gjeldene både ved RAD/DSED og ASD. I det følgende vil jeg se nærmere på hvilke kjennetegn enkelte fagmiljø har hatt fokus på for å differensiere mellom ASD og RAD/DSED.

Nasjonalt kompetansesenter for autisme (Stokke, 2011) gjennomførte et litteratursøk for å beskrive kunnskapsstatus i differensialdiagnostikken mellom ASD og RAD/DSED. Ved litteraturgjennomgangen ble det ikke funnet noen studier som direkte sammenlignet kjennetegn hos barn med ASD og kjennetegn hos barn med RAD/DSED. Stokke så på de kliniske kjennetegnene:

- Avvikende sosial fungering
- Kommunikasjon/ språk
- Emosjonsregulering
- Kognitiv forsinkelse
- Stereotypier og begrensede interesser (Stokke, 2011)

Moran (2010) har studert kliniske observasjoner som kunne skille mellom RAD/DSED og ASD. Hensikten var å vekke interessen for denne problemstillingen. Moran var kjent med klinikers erfaringer med barn som i utgangspunktet kunne tenkes å ha en ASD-diagnose og som senere viste seg å ha en RAD/DSED- diagnose. På bakgrunn av klinikers bekymring for dette tema, utviklet Moran og kollegaer «the Coventry Grid: Autism vs Attachment Problems». The Coventry Grid ble utviklet på bakgrunn av en tverrfaglig gruppe sin erfaring med barn som hadde ASD eller RAD/DSED diagnose. Symptomer de samlet erfaringer om var:

- Fleksibilitet og atferd
- Lek
- Sosial interaksjon
- Mentalisering
- Kommunikasjon
- Følelsesregulering
- Eksekutive funksjoner
- Reaksjoner på sansestimuli (Moran, 2010)

Akronymet «ECCENCE» beskrives av Gillberg (2010) og refererer til Early Symtomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. I det kliniske arbeidet omhandler dette barn før 3-5 års alder som har vansker innenfor et eller flere områder som:

- Generell utvikling
- Kommunikasjon og språk
- Sosial interaksjon
- Motorisk koordinasjon
- Oppmerksomhet
- Aktivitet
- Atferd
- Humør
- Søvn (Gillberg, 2010)

Gillberg (2010) beskriver en trend der klinikere har behov for å skille mellom diagnoser til tross for at barn ofte har sammensatte vansker og overlappende symptomer på tvers av forskjellige lidelser. Blant flere lidelser er både ASD og RAD/DSED under paraplybegrepet ECCENCE. Gillberg (2010) estimerer at 5-7% av barn under 6 år kan ha symptomer på ESSENCE. Han beskriver ASD som en sjelden isolert lidelse, men ses som oftest med komorbide lidelser som lærevansker, epilepsi, motoriske vansker, ADHD, depresjon, angst, mage/tarm problemer og søvnevansker. Gillberg (2010) anbefaler at alle barn som har blitt utsatt for alvorlig omsorgssvikt bør vurderes for RAD/DSED. Kanskje bør også alle barn som har vansker med ECCENCE symptomer og som viser udiskriminerende atferd vurderes for RAD/DSED (Gillberg, 2010).

I de diagnostiske retningslinjene i ICD-10 under F94.1 RAD, beskriver Verdens Helseorganisasjon fem hovedtrekk som skiller RAD fra ASD:

1. Barn med RAD har normal evne til sosial gjensidighet og respons, noe barn med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse ikke har
2. Ved RAD skjer en sterk bedring hvis barnet blir plassert i et normalt oppdragelsesmiljø med vedvarende kvalitativ god omsorg. Dette skjer ikke ved ASD
3. Selv om barn med RAD kan ha svekket språkutvikling (som beskrevet under F80.1), har de ikke de avvikende kommunikasjonsproblemene som kjennetegner ASD
4. I motsetning til ASD, blir ikke RAD forbundet med vedvarende og alvorlige kognitive mangler som ikke responderer vesentlig på endringer i omgivelsene
5. Vedvarende begrensede, repetitive og stereotype atferdsmønstre, interesser og aktiviteter er ikke et trekk ved RAD (WHO, ICD-10, 1992)

I et tilknytningsperspektiv, er det økt risiko for redusert kvalitet i samspillet med barn som har ASD fordi det kan være vanskelig å fortolke eller dekke deres behov. Av barn med autisme regner man med at 53% har trygg tilknytning til primær omsorgsperson. Forekomsten av utrygg tilknytning er



høyrere blant barn med ASD enn barn uten ASD. Trolig er forekomsten av disorganisert tilknytning hyppigere til stede hos barn med ASD sammenlignet med normalbefolkningen uten at det foreligger omsorgssvikt. Hos barn som ikke har ASD og der det foreligger disorganisert tilknytning, innfrir en del barn kriteriene for diagnosen RAD/DSED (Kvello, 2012).

Etter å ha sett nærmere på kjennetegn ved RAD/DSED, ASD og hva ICD-10 trekker fram som skiller og forener disse tilstandene, er det særlig to kategorier som trer fram som spesielt viktige:

Sosial fungering og  
gjensidig  
kommunikasjon

Repetitiv/Stereotyp  
atferd og  
begrensede  
interesser

Disse kategoriene vil derfor få en sentral plass i det følgende.

## 2.5. Helsestasjonstjenesten

Siste del av dette masterprosjektet vil bli avsluttet med en drøfting av hvordan ny kunnskap om RAD/DSED og ASD kan komme til nytte i helsestasjonens arbeid med å nå sine mål. Dette handler for en stor del om å:

- forebygge, avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt
- avdekke fysiske og psykiske utviklingsavvik tidlig
- bidra til at barn får oppfølging og henvises videre etter behov

Nedenfor følger en kort presentasjon av målet med helsestasjonsprogrammet.

### 2.5.1. Målet med helsestasjonsprogrammet

I de siste ti årene har det blitt født omtrent mellom 55 000 og 60 000 barn hvert år i Norge (Statistisk Sentralbyrå, 2020). Barn som oppholder seg i Norge har rett til nødvendig helsehjelp i form av blant annet helsekontroller på helsestasjonen. Helsestasjonstjenesten er et tilbud til alle familier med oppfølging fra svangerskapet og til barna begynner på skolen. Alle barn skal tilbys et standardisert program med 14 konsultasjoner på helsestasjonen fra fødsel og frem til skolestart. Helsestasjonen er den eneste offentlige instans som rutinemessig møter barn og familier før barnet begynner i barnehagen. Barn som har ekstra behov, bør tilbys ekstrakonsultasjoner ved helsestasjonen. Målet med helsestasjonsprogrammet er:

- at foreldre opplever mestring i foreldrerollen
- å bidra til godt samspill mellom foreldre og barn
- å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos sped- og småbarn

- å forebygge, avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt
- å avdekke fysiske og psykiske utviklingsavvik tidlig
- å bidra til at barn får oppfølging og henvises videre ved behov (Helsedirektoratet, 2017)

Jeg vil nå se nærmere på de delene av helsestasjonsprogrammet som omhandler å oppdage omsorgssvikt, å avdekke utviklingsavvik og å henviser videre ved behov.

#### 2.5.2. Forebygge, avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt

Helsestasjonen skal bidra til å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt. Alle ansatte på helsestasjonen skal være oppmerksomme på forhold som kan tyde på at barnet er utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt og skal observere barnet og familien ved alle konsultasjoner. For å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt skal helsestasjonen lytte og observere ved å:

- kle helt av barna ved alle konsultasjoner og se etter blåmerker og andre tegn til skade
- observere samspillet mellom foreldre og barn
- holde oppdatert oversikt over hvem barnet bor med
- gjennomføre anbefalte hjemmebesøk
- vurdere omsorgssvikt der barn har skader som kan skyldes manglende tilsyn og der barn har vært behandlet for skader der årsaksforholdet er uklart.
- være oppmerksom ved bekymring om atferd, vekst og/eller utvikling dersom en ikke finner en annen forklaring, spesielt hvis barnet endrer atferd eller taper ferdigheter
- være oppmerksom dersom barn viser tegn på tilknytningsforstyrrelser
- være oppmerksom dersom mor eller far forteller om vold fra partner
- være oppmerksom dersom barnet eller andre kommer med utsagn som gir mistanke om vold (Helsedirektoratet, 2017)

I Retningslinjene for helsestasjonen under kapittel som omhandler samspill står det:

«Ved å observere barnet og foreldrene kan man bidra til å korrigere uønsket eller dårlig samspill og avdekke forhold som kan gi mistanke om at barnet er utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt. Mangelfullt samspill, respons og kontakt mellom foreldrene og barnet kan gi grunn til å mistenke vold, overgrep eller omsorgssvikt, og helsestasjonen bør rette særlig oppmerksomhet mot å avdekke dette» (Helsedirektoratet, 2017).

Dersom det er grunn til å tro at barnet har vært utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt, skal helsepersonell på eget initiativ sende bekymringsmelding til barnevernet.

#### 2.5.3. Avdekke fysiske og psykiske utviklingsavvik tidlig

Helsedirektoratet (2019) beskriver barnets utvikling i forhold til språk, sosial og emosjonell kompetanse, samt kognitive og motoriske ferdigheter. Denne utviklingen skjer over tid gjennom spedbarnsalder/ barnealder og henger sammen med en rekke faktorer, fra karakteristika ved barnet,

til barnets sosiale kontekst. Det er viktig at ulike former for avvik oppdages så tidlig som mulig. Helseesykepleier bør gi informasjon til foreldre og veilede om normal psykomotorisk utvikling hos barnet. I tillegg bør helseesykepleier gi veiledning om tiltak for å fremme barnets psykomotoriske utvikling.

Tabell 3. Helsestasjonsprogrammet 0-5 år vedrørende Psykomotorisk utvikling.

Konsultasjon	Helseundersøkelse: Psykomotorisk utvikling
6 uker	Oppmerksomhet, mulig smil, hørselreaksjon og bevegelsesmønster
3 måneder	Oppmerksomhet; kontaktevne, responsivt smil
5 måneder	Psykomotorisk utvikling og språkutvikling
6 måneder	Oppmerksomhet, kontakt, språk (lydmønster), kroppskontroll, bevegelsesmønster Holder hodet og kroppen rett når sitter på fanget, står når holdes, håndgrep, symmetrisk bevegelsesmønster
8 måneder	Observere barnet under aktiviteter med tanke på oppmerksomhet og motoriske ferdigheter
10 måneder	Språk: språkuttrykk Psykomotorisk utvikling: Observere barnet under aktiviteter med tanke på temperament, oppmerksomhet og fin- og grovmotorikk
12 måneder	Oppmerksomhet, kontakt, samspill og språk. Bevegelsesmønster, krabber, setter seg opp og sitter støtt med rett rygg, trekker seg opp til stående, skifter fra hånd til hånd, pinsettgrep
15 måneder	Fin og grovmotorikk
17-18 måneder	Bevegelsesutvikling, herav fin og grovmotorikk
2 år	Bevegelsesmønster, gangmønster, håndfunksjon, oppmerksomhet, kontakt, samspill og språk
4 år	Syn, hørsel og språk Bevegelsesmønster, gå, løpe, hoppe og tegne

(Helsedirektoratet, 2019)

Det anbefales at det gjennomføres systematisk observasjon av kommunikasjon, språkforståelse og talespråk. Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, har utarbeidet kartleggingsmateriell for bruk ved helsestasjonens 2- og 4- års konsultasjon (SATS og SPRÅK 4) for å få en mer systematisk observasjon av barns språk. Foreldrenes vurdering av barnets språk er også av vesentlig betydning (Helsedirektoratet, 2017).

Retningslinjen anbefaler at psykisk og atferdsmessig utvikling vurderes ut fra sosial kontakt, temperament, og eventuelle reguleringsvansker i tidlig alder, etter hvert også ut fra sosiale ferdigheter, språkutvikling, konsentrasjonsevne og impulsivitet. I retningslinjen står det beskrevet at autismespekterlidelser kan vise seg som:

- Mangelfullt språk: ingen babling, peking eller annen kommunikasjon mot 1- års alder
- Mangelfullt språk og kommunikasjonsevne mot slutten av andre leveår
- Ritualistisk og tvangspreget atferd senere (Helsedirektoratet, 2017).

#### 2.5.4. Bidra til at barn får oppfølging og henvises videre ved behov

Helsestasjonstjenesten skal så tidlig som mulig fange opp barn og unge, gi dem et tilbud og henviser videre ved behov. Helsestasjonstjenesten samarbeider med en rekke instanser og i hovedsak barneverntjenesten i forhold til omsorgssvikt.

I retningslinjene står det at helsepersonell har opplysningsplikt til barnevernet:

- a) når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt
- b) når det er grunn til å tro at et barn har en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling, eller at et barn med nedsatt funksjonsevne eller et spesielt hjelpetrengende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller opplæring
- c) når et barn viser alvorlige atferdsvansker i form av alvorlig eller gjentatt kriminalitet, misbruk av rusmidler eller en annen form for utpreget normløs atferd
- d) når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli utnyttet til menneskehandel  
(Helsedirektoratet, 2017)

Videre beskriver retningslinjene at terskelen for å melde fra til barnevernet skal være lav. Det er ikke nødvendig med sikker kunnskap om forholdene som utløser bekymring, men det må foreligge mer enn en vag mistanke. Helsepersonell skal sende bekymringsmelding til barnevernet basert på en samlet vurdering av:

- barnets og foreldrenes atferd

- kommunikasjon og samspill mellom barn og foreldre
- fysiske og/eller psykiske tegn
- andre forhold som en vanligvis ikke ser

Ved veiledning og observasjon bør helsestasjonen forsøke å avdekke samspill mellom foreldrene og barn som kan utgjøre en risiko for utrygg tilknytning, tilknytningsforstyrrelser og/eller omsorgssvikt. Et mangelfullt samspill, respons og kontakt mellom foreldrene og barnet kan gi grunn til å mistenke vold, overgrep eller omsorgssvikt. Helsestasjonen bør være særlige oppmerksomme på blant annet barn som viser tegn på tilknytningsvansker (reaktiv eller udiskriminerende tilknytning). Dersom det er grunn til å tro har barnet har vært eller blir utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt, skal helsepersonellet av eget tiltak sende bekymringsmelding til barnevernet (Helsedirektoratet, 2017).

Dersom barnet viser tegn på atypisk utvikling ved psykomotorisk utvikling, bør barnet undersøkes av lege og/eller fysioterapeut på helsestasjonen og det vurderes om barnet bør henvises for videre utredning. Hvis barnet ved to- års konsultasjon viser tegn på språklig forsinkelse, dårlig forståelse eller mangelfull interaksjon med omgivelsene, skal barnet tas inn til ny observasjon etter et par måneder. Ved mistanke om språklig avvik i alderen 2,6-3 år, bør barnet henvises til nærmere utredning. Hvis barnet viser tegn på språkforsinkelse ved 4 år, skal barnet henvises til videre utredning. Foreldres bekymring for språkutvikling skal tas på alvor (Helsedirektoratet, 2017). Instanser som det henvises til ved psykomotorisk skjevutvikling er til habiliteringstjeneste for barn ved sykehus eller til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (Larsen, 2015).

Det er verdt å merke seg Helsedirektoratets bruk av begrepene *bør* og *skal* i sine retningslinjer. Når Helsedirektoratet sier *skal*, betyr det at anbefalingen er basert på lov eller forskrift eller når det er klart faglig forankret at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt. Når det står *bør*, er det en sterk anbefaling som vil gjelde de aller fleste (Helsedirektoratet, 2017). Ved Helsedirektoratets anbefalinger i forhold til mistanke om omsorgssvikt er begrepet *skal* benyttet og i forhold til mistanke om psykomotorisk skjevutvikling er begrepet *bør* i all hovedsak benyttet.

### 3. Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for framgangsmåten i arbeidet med den systematiske oversikten, hvordan litteratursøket er gjennomført, hvordan studier er valgt ut, vurdert og analysert. Jeg har valgt å benytte *Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Slik oppsummerer vi forskning* (2015) og *Systematic Reviews: CDR's guidance for undertaking reviews in health care* (Tacconelli, 2010) som metodelitteratur. Den systematiske oversikten ble gjennomført med bakgrunn i metodelitteratur, oppfølging fra veileder og et møte med bibliotekar på Rikshospitalet.

Det er den første delen av problemstillingen i masterprosjektet som skal besvares ved hjelp av en systematisk oversikt:

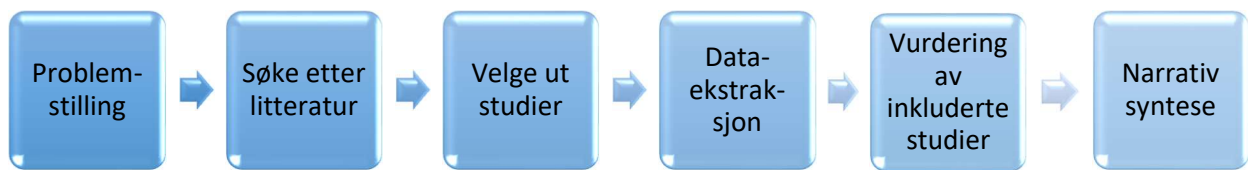
I hvilken grad er det mulig å differensiere mellom autismspekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser.

Dette er et spørsmål innenfor epidemiologiens område, der jeg ønsker å studere og sammenligne disse tilstandene. Epidemiologiske studier kan klassifiseres som observasjonsstudier med søkelys på befolkningens helse og om det er forskjeller i levetilstand, miljø eller gener som gir slike ulikheter. For å få svar på problemstillingen, forventes det å finne ulike observasjonsstudier i litteratursøket. Ved observasjonsstudier søker man å samle kunnskap som kan kaste lys over sammenhengene mellom disse lidelsene. Det gjennomføres ikke noe eksperiment som i eksperimentelle studier (Laake, 2007; Laake, Olsen & Benestad, 2008).

#### 3.1. Systematisk oversikt

Hensikten med den systematiske oversikt er å få samlet kunnskap som kan gi ny innsikt og identifisere kunnskapshull som grunnlag for videre forskning. En slik samling med studier kan gi større troverdighet enn resultater fra en enkelt studie. Jeg har forsøkt å lage en oversikt med en forståelig framgangsmåte der innhenting og vurderingen av dokumentasjonen er forsøkt tydelig redegjort for i prosessen. I den kliniske hverdagen kan en slik oppsummering av kunnskap være til stor nytte for å holde seg oppdatert. Det er et godt verktøy i en travel hverdag framfor å lese mange enkeltstudier som kan gjøre det enklere for fagpersoner å holde seg oppdatert (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013; Petticrew & Roberts, 2006). Med bakgrunn i metodelitteratur fra Kunnskapssenteret (2015) og Tacconelli (2010) er følgende framgangsmåte benyttet:

Figur 1. Oversikt framgangsmåte systematisk oversikt



### 3.2. Kriterier for inklusjon og eksklusjon

I prosjektplanen ble det fastsatt kriterier for inklusjon og eksklusjon av studier. Inklusjonskriterier er som følger:

- Studier som omhandler differensialdiagnostisering mellom autismspekterforstyrrelser eller tilknytningsforstyrrelser hos barn
- Studier som omhandler diagnoseverktøy på autismspekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser
- Alle kvantitative studier som sammenligner kjennetegn på autismspekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser
- Studiene må være publisert i et engelskspråklig eller nordisk tidsskrift
- Se gjennom litteraturlister til studiene som benyttes
- Studier publisert fra 2011- 2019

Eksklusjonskriterier er som følger:

- Upubliserte studier
- Studier som omhandler voksne med autismspekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser
- Studier som i første rekke omhandler barn med begge tilstandene

Det er i utgangspunktet ønskelig å se på studier som omhandler de minste barna som følges opp av helsestasjonstjenesten, 0-6 år. Men det ble valgt ikke å ha med dette som inklusjonskriteriet i fare for å ikke finne studier.

Det ble utarbeidet en prosjektplan som ble godkjent av Universitet i Oslo.

### 3.3. Litteratursøk

#### 3.3.1. Valg av databaser

Tilstandene autismspekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser er innenfor et helsefaglig felt av interesse både for generell medisin og psykiatri. Datakilder som favner disse områdene, er derfor benyttet. Jeg har valgt å benytte de samme databasene som Stokke benyttet i sitt søk i 2011 som er

EMBASE, MEDLINE og PsycINFO i tidsperioden 1. januar 2010- 7. mars 2019. Valg av databaser var også i tråd med bibliotekar sin veiledning.

### 3.3.2. Søkeord

I litteratursøket er det benyttet de samme søkeordene som Stokke (2011). Søkeordene skal ideelt sett fange opp så mange som mulig av alle relevante referanser, men samtidig unngå søkeord som gir irrelevante referanser for å oppnå en høy grad av sensitivitet og spesifisitet (Kunnskapssenteret, 2015). Da diagnosekriteriene for RAD endret seg under søkeperioden, fra en til to diagnoser i DSM-5 (2013), ble det søkt spesifikt på DSED for å være sikker på at alle referanser ble fanget opp.

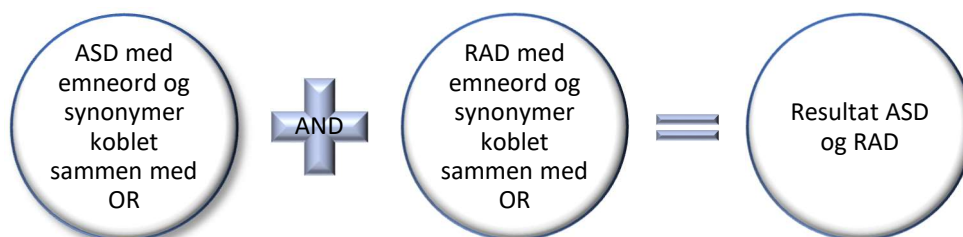
Tabell 4. Oversikt over søkeord

Autismespekterforstyrrelser (ASD)	Tilknytningsforstyrrelser (RAD/DSED)	Differensialdiagnostikk (DD)
Autism spectrum disorder	Reactiv attachment disorder	Differential diagnosis
Asperger syndrome	Attachment disorder	
Pervasive developmental disorder	Disinhibited attachment	
Autism	Inhibited attachment	
	Attachment disorder in childhood	

### 3.3.3. Søkestrategi

Det ble benyttet samme søkestrategi som Stokke (2011) og hovedsøket ble gjennomført i mars 2019 med kombinasjon av søkegruppe RAD og søkegruppe ASD. Søket ble bygget opp med emneord og synonymer kombinert med OR i begge søkegruppene som til slutt ble koblet sammen med AND.

Figur 2. Søkestrategi





Videre ble det søkt spesifikt på differensialdiagnostikk ved RAD og differensialdiagnostikk ASD på samme måte som vist i figuren over.

Oversikt over emneord og synonymer finnes i Vedlegg 1.

Det ble gjennomført et oppdatert søk i februar 2020. EndNote ble benyttet som referansehåndteringsverktøy.

### 3.4. Valg av studier

I utvelgelsen av studiene ble tittel vurdert opp mot inkluderings- og ekskluderingskriteriene og referanser av interesse ble overført til et EndNote bibliotek. Ideelt sett burde to personer uavhengige valgt ut studier. For å øke sikkerheten for å fange opp alle referanser av interesse, ble sammendragene til alle referanser som ble overført til EndNote lest, vurdert og plassert på en skala fra 1-5 *stjerner*. På denne skalaen var en *stjerne* ikke aktuell og fem *stjerner* var svært aktuell. Deretter ble alle sammendragene til artiklene med 2-5 *stjerner* gjennomgått på nytt, og i tillegg ble referanselistene til disse gjennomgått. Deretter ble fulltekst lest og vurdert i forhold til å velge ut studie av interesse.

### 3.5. Dataekstraksjon

Jeg har valgt å gi en detaljert presentasjon av data fra studiene. På denne måten kan leserne se hva som sammenlignes i de ulike studiene og hvilke måleinstrumenter som har blitt benyttet. Følgende data har blitt ekstrahert: Fullstendig referanse, årstall, land, studiedesign, forskningsspørsmål, utvalg, kjennetegn som sammenlignes, informasjon om måleinstrumentene og resultater fra studiene.

### 3.6. Vurdering av studiens kvalitet

De inkluderte studiene er primærstudier og det er da risiko for systematiske feil i resultatene som skal vurderes (Kunnskapssenteret, 2015). Det er utarbeidet forskjellige typer sjekklister for å vurdere forskjellig type studier. Da de inkluderte studiene har et kvantitativt forskningsdesign og fordi de er ikke-eksperimentelle observasjonsstudier, har jeg valgt å vurdere risiko for systematiske skjevheter ved hjelp av sjekklister for prevalensstudier/ -tverrsnittstudier. Denne sjekklisten er hentet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015). En gjennomgang av sjekklisten gir en oversikt over hvorvidt de ulike studiene har høy, uklar eller lav risiko for systematiske feil eller skjevheter.

Sjekklisten har 12 spørsmål som skal utforske disse områdene:

- Kan vi stole på resultatene
- Hva forteller resultatene
- Kan resultatene være til hjelp i praksis (Kunnskapssenteret, 2015)

To innledende spørsmål stilles ved vurderingen i sjekklisten: Er problemstillingen i studien klart formulert? Er tverrsnittsstudie et design som er velegnet til å besvare problemstillingen? Videre ses det på om utvalget i studien er representativt for populasjonen, hvilke måleinstrumenter som er brukt og om dataene er samlet på lik måte fra alle respondentene. De statistiske testene i studiene resulterer i en p-verdi som uttrykker hvor sannsynlig det er at en observert sammenheng eller forskjell er reell eller skyldes tilfeldigheter. I medisinsk sammenheng og i de inkluderte studiene er p-verdi over 0,05 brukt som grense for å si om resultatet er statistisk signifikant og ikke tilfeldige (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012).

I prosessen med å vurdere de inkluderte studienes kvalitet, fikk jeg ekstra veiledning fra en venn med utdanning og erfaring innenfor statistikk.

### 3.7. Narrativ syntese

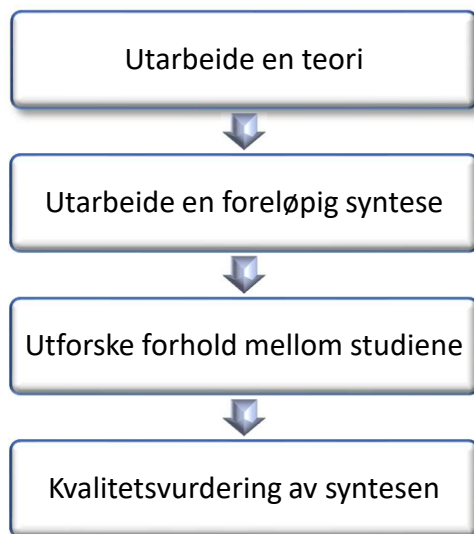
De fleste systematiske oversikter gjelder for effektspørsmål. Metoden for å trekke sammen kunnskap er vel etablert ved for eksempel å slå sammen tallene fra flere kvantitative studier i en metaanalyse (Bjørndal et al., 2013). Spørsmålet i min problemstilling er ikke et effektspørsmål, men et diagnosespørsmål. Det ble derfor ikke funnet randomiserte kontrollerte studier til å kunne gjennomføre en metaanalyse. Hensikten med en narrativ syntese er å kunne gi en beskrivende tilnærming til resultatene. Dette innebærer en analyse av forhold i og mellom de inkluderte studiene og en overordnet vurdering av robustheten av syntesen (Tacconelli, 2010). Jeg har gjort et forsøk på å gjennomføre en narrativ syntese av resultatene.

Den narrative syntese vil inneholde:

- Utforskning av funn mellom studiene
- Sortering, kombinerings og sammendrag av funnene i de inkluderte studiene
- Analysere forhold innad og mellom studiene og en overordnet vurdering av robustheten av resultatene (Tacconelli, 2010)

Til støtte i analyseprosessen benyttet jeg meg av rammeverket til Tacconelli (2010).

Figur 3. Rammeverket til analyseprosessen



I kvalitetsvurderingen av syntesen benyttet jeg GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) for å vurdere graden av tillit til resultatene. Kvaliteten på dokumentasjonen klassifiseres som høy, middels, lav eller svært lav:

- Høy kvalitet: Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten
- Middels kvalitet: Vi har middels tillit til effektestimater: Det ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at den kan være forskjellig
- Lav kvalitet: Vi har begrenset tillit til effektestimater: Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimater
- Svært lav kvalitet: Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten (Vist, Sæterdal, Vandvik & Flottorp, 2013)

Det er studiedesignet som er benyttet i de inkluderte studiene som er utgangspunkt for vurderingen. I GRADE starter randomiserte kontrollerte studier på høy tillit da de er mindre utsatt for påvirkninger og feilkilder og observasjonsstudier starter på lav tillit. Følgende fem kriterier kan resultere i nedgradering:

- Risiko for systematiske feil i studiene
- Konsistens (samsvar mellom studiene)
- Direkthet (hvor like er utvalgene, mm)
- Presisjon (hvor presise er resultatene)
- Rapporteringsskjevhet

Følgende tre kriterier kan resultere i oppgradering, gjelder kun der det er flere samsvarende studier som ikke er nedgradert:

- Sterke eller veldig sterke sammenhenger mellom eksponering og utfall
- Store eller veldig store dose- responseeffekter
- Alle forvekslingsfaktorer ville ha redusert effekten (Vist et al., 2013)

## 4. Resultater

### 4.1. Resultater av litteratursøket

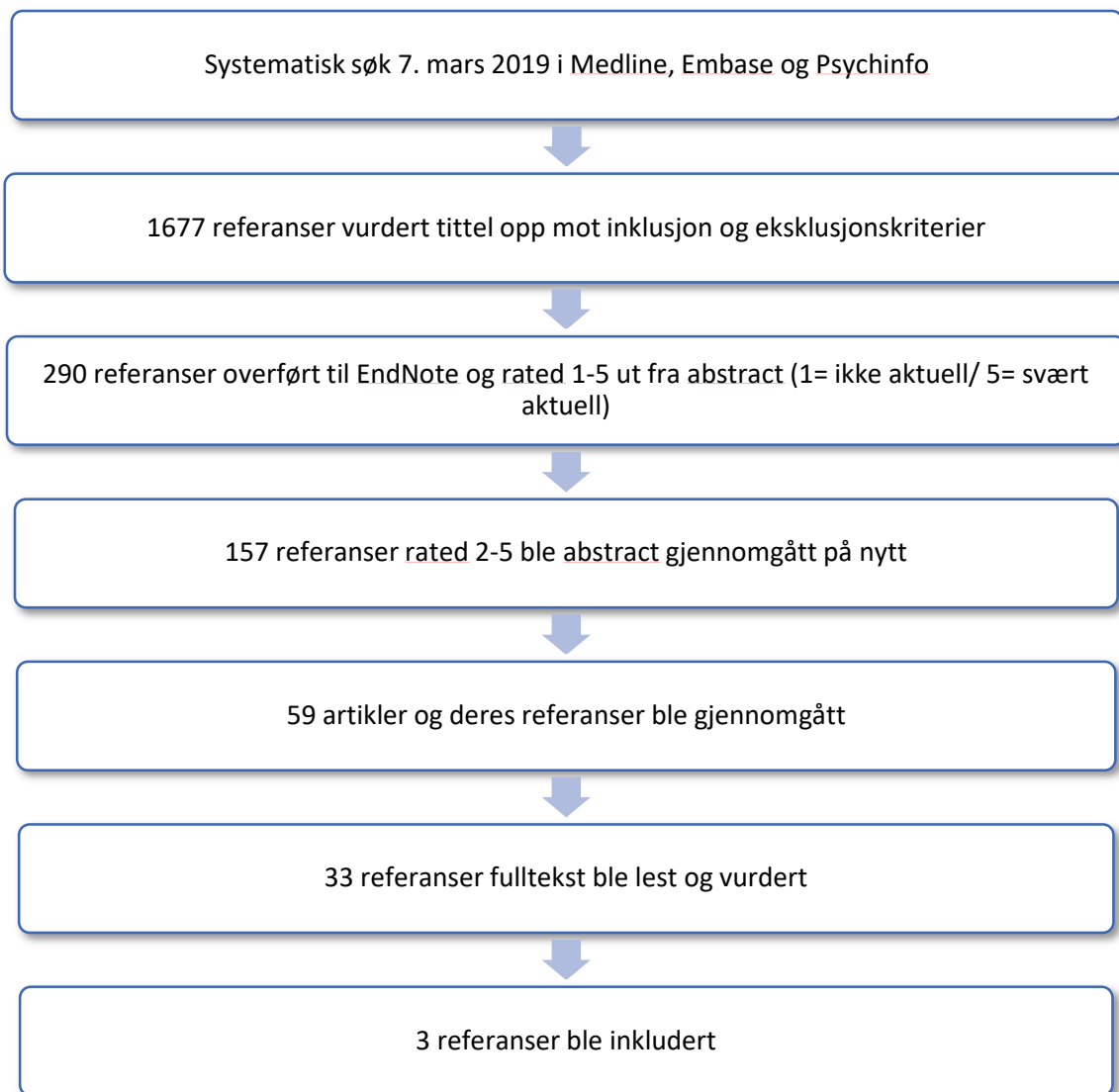
Det totale søket endte opp med 1677 referanser. Tittelen til disse referansene ble vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriterier, og de som var av interesse ble overført til et EndNote bibliotek for å få god oversikt. Av 1677 referanser vurdert ut fra tittel, ble 290 referanser som var av interesse overført til EndNote. Sammendragene til disse 290 ble lest på nytt og rangert fra 1-5, deretter ble sammendragene av 157 referanser rangert til 2-5 gjennomgått på nytt. Antall referanser etter denne prosessen var 59 artikler. Disse artiklene og deres referanseliste ble gjennomgått. Deretter ble 33 referanser lest og vurdert ut fra fulltekst, og det systematiske søket endte til slutt opp med 3 referanser. Dokumentasjon av utvelgelsen ses i Vedlegg 2.

Tabell 5. Oversikt over søkeresultatet

Litteratursøk 7. mars 2019	Antall treff
ASD/ RAD	
Medline	11
PsycINFO	80
Embase	630
RAD/ DD	
Medline	9
PsycINFO	4
Embase	88
ASD/ DD	
Medline	283
PsycINFO	81
Embase	491
Totalt antall treff litteratursøk	1677

I det oppdaterte søket fra februar 2020 ble det ikke funnet nye referanser som ikke allerede var fanget opp av det ordinære søket.

Figur 4. Flytskjema



#### 4.2. Inkluderte studier

Det var tre studier som ble inkludert i denne systematiske oversikten. Alle studiene har som mål å se på kjennetegn som skal skille lidelsene ASD og RAD/DSED fra hverandre. Forfattere av studiene kommer fra USA, Storbritannia og Sverige. Studiene ble publisert i 2012, 2015 og 2017. Alle studiene er observasjonsstudier, der informasjon er samlet på et bestemt tidspunkt og kunnskapen man ønsker er hvordan vi kan se forskjell på barn som har RAD/DSED og ASD.

Tabell 6. Oversikt over inkluderte studier

Studie (referanse)	Land	n/Alder	n RAD/DSED- n ASD	Studiedesign
Sadiq et al., (2012)	Storbritannia	127/ 5-8	35/ 52	Historisk klinisk kohort
Davidson et al., (2015)	Storbritannia	125/ 5-11	67/58	Tverrsnittsstudie
Mayes et al, (2017)	USA	506/ 4-17	7/ 486	Tverrsnittsstudie

En detaljert tabell over de inkluderte studiene ses i Vedlegg 3.

### 4.3. Dataekstraksjon fra de inkluderte studiene

#### 4.3.1. Problemstillinger i de inkluderte studiene

De fleste av forskningsspørsmålene i studiene (se tabell 7) er relevante for min problemstilling. Det eneste spørsmålet jeg ikke vil gå nærmere inn på er om barn kan ha både ASD og RAD/DSED.

Samtidig er dette et interessant spørsmål da diagnosesystemene ikke ønsker at dette skal være co-morbide diagnoser i frykt for å ta feil (Mayes et al., 2017). Men det er lett å tenke seg at et barn med ASD som blir utsatt for omsorgssvikt også kan vise symptomer på RAD/DSED.

Tabell 7. Problemstillinger i studiene

Problemstillinger i studiene	Førsteforfatter/ år
Hvordan arter pragmatisk bruk av språk seg hos barn med RAD, og er de ulike vanskene hos barn med ASD?	Sadiq et al. (2012)
Kan bruk av standardiserte måleinstrumenter for autisme brukes for å skille på barn med ASD og RAD?	Sadiq et al. (2012)
Hvordan er profilen på et barn med ASD på en standardisert evalueringsspakke for RAD: Er det likheter og ulikheter?	Davidson et al. (2015)
Hvilket måleinstrument, hvis noen, kan best skille på RAD og ASD?	Davidson et al. (2015)
Kan barn ha både ASD og RAD?	Mayes et al (2017)
Hvilke symptomer skiller best ADS og RAD ved bruk av Checklist for ASD?	Mayes et al (2017)

#### 4.3.2 Beskrivelse av utvalg i studiene

Alle studiene har utvalg av barn som hadde diagnosen RAD/DSED eller ASD. En studie hadde også med en gruppe barn med normal utvikling (Sadiq et al., 2012). Barna var i alderen 4-17 år. Det var totalt 122 barn med RAD/DSED, 596 barn med ASD og 39 barn med normal utvikling med i studiene.

Tabell 8. Deskriptiv informasjon i de inkluderte studiene

	Diagnosegruppe		
	RAD/DSED	ASD	Normal utvikling
Antall deltagere	122	596	39
Gutt/ jente (%)	60/40	70/30	67/33
Alder (Gjennomsnitt)	4-17 år (7,8)		

Barnas kognitive evner er også beskrevet i studiene. I Sadiq og kollegaers studie (2012), er inklusjonskriteriet at utvalget er estimert til å ha verbal IQ innenfor normalområdet. I studien har RAD -gruppen noe lavere gjennomsnitts verbal IQ (96,4) sammenlignet med ASD gruppen (101,03) og gruppen med normal utvikling (102,8). Utvalget i Davidson og kollegaers studie (2015) viser en forskjell ved at den gjennomsnittlige kognitive profilen var noe høyere i RAD gruppen (96,37) enn i ASD gruppen (88,78). I Mayes og kollegaer sin studie (2017) var IQ til utvalget i begge gruppene fra 60- 125 med et gjennomsnitt på 95,4.

To av studiene ser på komorbide diagnoser. Davidson og kollegaer sin studie (2015) viste at både RAD/DSED og ASD gruppen hadde en rekke komorbide diagnoser som blant annet angst og ADHD. Det som viste seg i denne studien var at RAD/DSED gruppen hadde høyere antall barn med komorbide diagnoser og flere komorbide diagnoser som blant annet diagnoser innenfor atferdsforstyrrelser. I Mayes og kollegaer sin studie (2017) hadde alle barn i RAD/DSED gruppen to eller flere komorbide diagnoser som diagnoser innenfor atferdsforstyrrelser, ADHD og ASD. Komorbide diagnoser i ASD gruppen var ikke registrert foruten at de ikke møtte kriteriene for RAD eller DSED.

#### 4.3.3. Beskrivelse av måleinstrumenter

Jeg ønsker nå å se kort på måleinstrumentene som er benyttet i de inkluderte studiene. Jeg har valgt ikke å gå nærmere inn på diagnostiske prosedyrer som for eksempel kognitive tester.



Tabell 9. Beskrivelse av kjennetegn og måleinstrumenter i de inkluderte studiene

Studie	Kjennetegn og måleinstrument
Sadiq et al. (2012)	Pragmatisk bruk av språk Målt med Childrens Communication Checklist (CCC) og The 3 Dimensional Interview (The 3DI)
Davidson et al. (2015)	RAD- symptom målt med The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA-RAD) Disinhibited RAD symptom målt med The Teacher Relationship Problems Questionnaire (RPQ) Strukturert observasjon av barns atferd med omsorgsgiver og en fremmed målt med The Observation Schedule for RAD (OSR)
Mayes et al. (2017)	ASD symptom målt med The Checklist for Autism Spectrum Disorder (CASD)

I studien til Sadiq og kolleger (2012) ble Children`s Communication Checklist (CCC) og The 3DI benyttet som måleinstrumenter. CCC ble utviklet av Bishop og første utgave kom ut i 1998, en revidert utgave kom i 2003 (Norbury, Bishop & Norbury, 2005). CCC er et spørreskjema med 70 spørsmål som utforsker språkvansker, fortrinnsvis pragmatisk språk (sosialt bruk av språk i en kontekst) ved disse underkategoriene:

- Speech- Uttale: Gjør sjelden feil i produksjon av tale lyder
- Syntax- Ordstilling: Snakker for det meste med 2-3 ords setninger
- Innappropriate initiation- Upassende initiativ: Snakker med alle og enhver
- Choerence- Sammenheng i tale: Barnet bruker termer som «han», «det» uten å gjøre det klart hva det snakker om
- Stereotype language- Ensformig bruk av språk: Benytter ofte uttrykk som «by the way», «actually» og andre uttrykk
- Use of Contex- Upassende tale: Kan si ting som er taktløs eller sosialt upassende
- Rapport- Fortelle: Starter sjelden eller aldri en samtale, gir ikke frivillig informasjon om det som har skjedd
- Social relationships- Sosiale relasjoner: Populær blant andre barn
- Interests- Interesser: Har en eller flere interesser av sterk grad, for eksempel data, dinosaurer (Sadiq et al, 2012)

CCC kan også gi indikasjoner på mulige autismespekterforstyrrelse. Hvordan barnet faktisk bruker språket sitt i hverdagen, er ikke så enkelt å fange som ved tradisjonelle språktester (Bishop, 1998). Sjekklisten er ment å besvares av foreldre eller andre som kjenner barnet godt og den andre utgaven (CCC-2) er oversatt til norsk (Statped, 2019).

«The 3DI» (3 Dimensional Interview) er et validert intervju for foreldre. Det er et semistrukturert databasert diagnostisk intervju som gir bred kartlegging av sosial funksjon og psykiske lidelser (Oslo Universitetssykehus, 2012).

The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA-RAD) er et semistrukturert foreldrintervju basert på Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) (Minnis et al., 2009). Studier viser tilfredsstillende reliabilitet og validitet og intervjuene er lovende i framtidig forskningssammenheng, men foreløpig er det få studier fra Skandinavia (Jozefiak & Berg-Nielsen, 2016). Spørsmålene er delt inn i to områder et for RAD og et for DSED. Spørsmål for DSED: Søke trøst fra fremmede, udiskriminerende vennlighet, krevende og oppmerksomhetssøkende atferd, minimal utsjekking i ukjente settinger, nærhet (cuddliness) med fremmede, stille personlige spørsmål til fremmede. Spørsmål for RAD: Unngå øyekontakt, frozen watchfulness, hyperårvåkenhet, uforutsigbar atferd ved gjenforening (Davidson et al., 2015).

The Teacher Relationship Problems Questionnaire (RPQ) er et spørreskjema utviklet for å se på DSED symptomer. Dette spørreskjemaet er utviklet ut fra The Relationship Problems Questionnaire som har høy reliabilitet (Minnis et al., 2009).

The Observation Schedule for RAD (OSR) er en modifisert variant av The Waiting Room Observation. Barnet ble fulgt til et ukjent venteværelse av en lærer eller omsorgspersonene. Det kommer en fremmed inn i rommet og denne situasjonen har en strukturert 19- punkters observasjon som blir filmet (Davidson et al., 2015).

Mayes og kollegaer (2017) benyttet The Checklist for Autism Spectrum Disorder (CASD) for å sammenligne symptomer ved RAD/DSED og ASD. CASD er et standardisert diagnostisk instrument som innehar 30 autistiske symptomer som utføres av en kliniker og baseres på informasjon fra lærer eller omsorgsperson samt observasjoner av barnet. Studier viser at CASD kan differensiere barn med ASD fra barn med andre kliniske forstyrrelser med 99,5% nøyaktighet, uavhengig av lav eller høy IQ og alder (Mayes, 2018).

#### 4.3.4. Beskrivelse av kjennetegn på RAD/DSED og ASD i de inkluderte studiene

I kapittel 2 var det særlig to kategorier som jeg ønsket å se nærmere på videre, disse kategoriene var:

- Sosial fungering og gjensidig kommunikasjon

- Stereotypier/ repetitiv atferd og begrensede interesser

For å få en god oversikt over kjennetegn på RAD/DSED og ASD som utforskes i studiene, har jeg valgt å systematisere kjennetegnene ut fra disse kategoriene i Tabell 10 (se under). Jeg har oversatt de fleste begrepene til norsk, men der det er vanskelig å få med den rette betydningen, vil også den engelske benevnelsen stå.

Tabell 10. Kjennetegn på RAD/DSED og ASD i de inkluderte studiene

Sadiq et al. (2012) 5-8 år	Davidson et al. (2015) 5-11 år	Mayes et al. (2017) 4-17 år
<b>Sosial fungering og gjensidig kommunikasjon</b>		
Sosiale relasjoner- populær blant andre barn (CCC)	«Cuddliness» Nærkontakt med fremmede	Sosial isolasjon eller vanskeligheter med å få venner
Gjensidig sosial interaksjon (ADI-R)	Udiskriminerende forhold med voksne	Begrenset gjensidig interaksjon/reduert blikkontakt
	Søke trøst hos fremmede	I sin «egen» verden
	Personlige spørsmål	Invaderer personlig space
	Minimal utsjekking	Overdreven vennlig (overly friendly)
	Oppmerksomhetssøkende	Problemer med sosiale evner
	Unngå øyekontakt	
		Udiskriminerende atferd
Upassende initiativ, snakker med alle og enhver (CCC)		Responderer ikke ved verbalt tilsnakk (eks eget navn)
Choerence- sammenheng i tale (CCC)		Forsinkede språklige milepæler, normale motoriske milepæler
Use of context- upassende tale, taktløs (CCC)		Svekkelse ved kommunikasjon
Rapport- Fortelle, starter sjelden en samtale (CCC)		Problemer med empati, følelsesuttrykk

Bruk av språk eller andre kommunikasjonsferdigheter (ADI-R)		Selektiv oppmerksomhet
Bruk av kroppsspråk og ikke-verbal lek (ADI-R)		
<b>Repetitiv/stereotyp atferd og begrensede interesser</b>		
Stereotype language-Ensformig språk (CCC)		Atypisk eller repetitiv vokalisering eller tale
Interesser (CCC)		Besettelser
Repetitiv og stereotyp atferd (ADI-R)		Begrensede interesser og fiksering
		Hoards (samle) objects (ikke mat)
		Repetitiv, stereotyp lek (sette leker på linje)
		Stereotypier (vifte med hendene, gå på tærne)
		Behov for aktivitet (klatring, løping)
		Fasinasjon ved repetitive bevegelser (en vifte)
		Stress ved forandringer
<b>Andre</b>		
Speech- Uttale (CCC)	«Frozen» årvåkenhet	Hypersensitivitet til lyder, lukt ol.
Syntax- 2-3 ord setninger (CCC)	Hypervigilance, sensorisk sensitiv, engstelig	Unormal inspeksjon ved bruk av sanser (slikke ol)
	Uforutsigbar atferd ved gjensyn	Defensivt taktil (følsom)
		Høy smerteterskel
		Søvnvansker
		Kresen i matveien

		Språkforsinkelse eller regresjon etter et år
		Spesielle evner
		Overreaksjoner, aggresjon, meltdowns
		Emosjonelt ustabil
		Uvanlige redsler
		Nedsatt bevissthet i forhold til trygghet
		Stress ved folkemengder eller oppstyr

Ut fra tabellen kommer det fram at kategorien *Sosial fungering og gjensidig kommunikasjon* utforskes i alle tre studiene. *Repetitiv/ stereotyp atferd og interesser* utforskes i to av studiene.

#### 4.3.5. Beskrivelse av hovedfunn i de inkluderte studiene

Første problemstilling i studien til Sadiq og kollegaer (2012) var å se på hvordan pragmatisk bruk av språk arter seg hos barn med RAD/DSED og om de er ulike vanskene hos barn med ASD. Resultatene viste at RAD/DSED gruppen viste signifikante vansker i bruk av kontekst, rapport og sosiale relasjoner i likhet med ASD gruppen. Andre problemstilling var om bruk av standardisert måleinstrument for ASD kan differensiere barn med RAD/DSED og ASD. Mer enn 60% av RAD/DSED gruppen møtte ASD kriteriene ved bruk av måleinstrument for ASD ved å se på bruk av språk og andre sosiale kommunikasjonsferdigheter, 46% ved gjensidig sosial interaksjon og 20% ved repetitiv og stereotyp atferd. Hovedkonklusjonene i studien er derfor:

- Barn med RAD/DSED hadde minst like store vansker som barn med ASD innenfor visse områder, særlig bruk av pragmatisk språk.
- Repetitiv og stereotyp atferd var det kjennetegnet som best differensierte mellom RAD/DSED og ASD.

I Davidson og kollegaer sin studie (2015) var første problemstilling hvordan profilen på et barn med ASD er på en standardisert evalueringspakke for RAD/DSED, se etter likheter og ulikheter. Resultatene viste at RAD/DSED og ASD deler vansker innfor sosiale relasjoner, men det var ulikheter innenfor kvaliteten av sosial interaksjon. Det andre spørsmålet forfatterne stilte var om det kunne være et måleinstrument som kunne differensiere mellom RAD/DSED og ASD. Resultatet viste at strukturert observasjon var det beste måleinstrumentet som kunne differensiere lidelsene fra

hverandre. Men hos de barna med ASD som viste mer subtile symptomer, kunne det være vanskelig å se forskjell på diagnosene også ved hjelp av strukturert observasjon. Hovedkonklusjonene i studien er:

- Barn med RAD/DSED og med ASD kan differensieres ved å se på kvaliteten i sosial interaksjon.
- Strukturert observasjon er det beste måleinstrumenter som differensierer lidelsene fra hverandre.

Mayes og kollegaer sin studie (2017) studerte om barn kan ha både RAD/DSED og ASD. De så videre på hvilke symptomer som best differensierer RAD/DSED og ASD ved bruk av CASD (Checklist for Autism Spectrum Disorder). Resultatene viste at barn kan møte kriteriene både for RAD/DSED- og ASD- diagnose. Ni av CASD 30 autistiske symptomer ble kun funnet hos barn som har ASD med eller uten RAD/DSED. Hovedkonklusjonene i studien er:

- Barn kan ha både RAD/DSED og ASD.
- Symptomer som best kan differensiere mellom RAD/DSED og ASD er at barn med ASD viser begrensede interesser, repetitiv og stereotyp lek, vise ubehag/ stress ved folkemengder, fasinasjon ved repetitive bevegelser, stereotypier, sterk trang til visse bevegelser som for eksempel snurre rundt og rundt eller hoppe, kresen i matveien, aldersadekvat motoriske og språklige milepæler og uvanlige redsler.

#### 4.4. Vurdering av risiko for systematiske feil i de inkluderte studiene

Som forventet var det observasjonsstudier som ble inkludert i den systematiske oversikten. Det finnes forskjellige sjekklister for å vurdere observasjonsstudier ut fra hvilken type studiedesign som foreligger. Alle de inkluderte studiene er bygget opp IMRAD- prinsippet (**I**ntroduksjon, **M**etode, **R**esultat, **A**nd, **D**iskusjon) som er en mal de fleste vitenskapelige artikler er bygd opp etter. Studiene har også et sammendrag helt innledningsvis som viser en ryddig organisering av artiklene (Nortvedt et al., 2012).

##### 4.4.1. Vurdering av problemstillinger og studiedesign

Alle studiene har klart definerte problemstillinger som kommer tydelig fram i sammendragene og klarere definert i slutten av introduksjonsdelen.

To av studiene (Davidson et al., 2015; S. D. Mayes et al., 2017) oppgir ikke hvilket studiedesign de benytter. Slik jeg forstår har de samlet inn data på et gitt tidspunkt og resultatene er derfor tverrsnittsdata. I studien til Sadiq (2012) er det oppgitt at studien er en «historical clinical cohort». Slik som de to første studiene er dataene hentet inn på ett gitt tidspunkt og inneholder tverrsnittsdata. Jeg har derfor valgt å benytte sjekklister for Prevalensstudier for å vurdere

systematisk skjevheter i de inkluderte studiene, til tross for at jeg ikke ønsker å studere forekomst. Jeg opplever allikevel at spørsmålene i denne sjekklisten er dekkende for å kunne utføre en vurdering av de inkluderte artiklene.

Fordelen med slike tverrsnittsdata er at mange variabler kan undersøkes. Men dataene gir et øyeblikksbilde og både RAD/DSED og ASD er tilstander der symptombildet hos hvert enkelt barn vil endre seg over tid (Laake et al., 2008). Samtidig er det ikke endringene i symptombildet som er problemstillingen i studiene, så jeg tenker tverrsnittsdata passer bra til å svare på problemstillingene. Sammenhenger man finner ved hjelp av tverrsnittsdata kan gjøre oss oppmerksomme på viktige forhold og gi oss nye problemstillinger og dermed være hypotesegenererende og danne grunnlag for videre forskning (Nortvedt et al., 2012).

#### 4.4.2. Vurdering av om resultatene kan stoles på

Den første vurderingen her er om befolkningen utvalget er hentet fra er klart definert. I Sadiq (2012) er utvalget i RAD/DSED gruppen hentet fra klinikere som arbeider med barn og psykisk helse. ASD-utvalget ble rekruttert fra en spesial-klinikk som mottar henvisninger fra hele Storbritannia. Klinikken er etablert for å assistere med vanskelige diagnostiske spørsmål hos barn som ikke har blitt formelt diagnostisert av lokale helsetjenester. Utvalgene i studien er derfor klart definert. Befolkningen RAD/DSED- utvalget i Davidsons (2015) sin studie, er hentet fra tre steder:

1. Studie fra 2009 der også utvalget i studien til Sadiq er hentet fra
2. Adopsjonsforening
3. Populasjonen fra en vanlig skole

ASD- utvalget er hentet fra the Lothian Special Needs database og the Lanarkshire Autistic Spectrum Disorder Diagnostic Service. I Mayes (2017) sin studie er også populasjonen utvalget er hentet fra klart definert der RAD-utvalget er barn med RAD og eller DSED som var henvist til Department of Psychiatry Child Diagnostic Clinic de siste 15 årene. Befolkningen som ASD- utvalget var hentet fra, var barn som hadde blitt henvist til samme klinikk som RAD-utvalget, med diagnosen ASD.

Neste vurdering av om resultatene er til å stole på er om utvalget i studien ble inkludert på en tilfredsstillende måte. I Sadiq (2012) sin studie RAD/DSED-utvalget ble rekruttert av fagpersoner som ble bedt om å henvise barn med RAD i forhold til ICD-10 kriteriene. Alle barna hadde symptomer på *disinhibert RAD* (DSED) og mange hadde også symptomer på *inhibert RAD* (RAD). De har derfor ikke skilt på disse gruppene i studien og kaller alle for RAD. Det er en mulig seleksjonsskjevhet ved rekrutteringen da barn med ASD ble rekruttert av en nasjonal spesialklinikk. Denne klinikken tok imot henvisninger fra lokale klinikker med barn som var utfordrende å diagnostisere. Det er ikke sikkert at dette er representativt for alle barn med ASD i en større populasjon. Det fremkommer også at det

kan være rekrutteringsskjevhet som førte til forskjeller i sosiale klasser i de forskjellige gruppene ved den samme studien. Det er kommentert at ingen av barna i ASD-gruppen hadde blitt inkludert hvis de var utsatt for alvorlig omsorgssvikt.

I Davidson (2015) sin studie er RAD/DSED- utvalget innhentet fra ulike institusjoner og trolig kan dette være representativt for andre barn med RAD/DSED. Deltagerne var vurdert ved ICD-10 eller DSM-4. Av 67 deltagere var det kun en som hadde RAD, resten hadde DSED eller RAD/DSED. ASD-gruppen er godt beskrevet med hvordan de ble vurdert og kontrollert for diagnosen ASD. Det er også godt beskrevet hvordan de vurderte at barna i ASD- gruppen ikke hadde vært utsatt for omsorgssvikt.

Den diagnostiske prosedyren for RAD/DSED er godt beskrevet i Mayes (2017) sin studie. Det var 100% korrespondanse mellom de som ifølge DSM-4 hadde diagnosene RAD med undergruppene Disinhibert RAD- Inhibert RAD og i DSM-5 hadde RAD og DSED. 25% av RAD/DSED- utvalget var kun diagnostisert med DSED og 75% møtte kriterier for både RAD og DSED. Ingen barn i utvalget hadde RAD uten DSED. Alle barna i ASD- gruppen hadde fått diagnosen ASD. Alle i ASD- gruppen hadde resultater over klinisk grense ved CASD. For å minimere forskjell mellom RAD/DSED og ASD gruppene, ble det kun inkludert barn med ASD som var i en alder 4-17 år og hadde lik IQ- range som de i RAD/DSED- gruppen. Data på om barna i ASD- gruppen hadde vært utsatt for omsorgssvikt forelå ikke, men ingen av barna møtte diagnosekriterier for RAD eller DSED.

Det er vanskelig å svare på om det er nok deltagere med i studiene til å kunne besvare problemstillingene. I Sadiq (2012) sin studie var RAD/DSED gruppen representert med 35 deltagere og ASD gruppen med 52 deltagere. I studien til Davidson (2015) var det 67 deltagere i RAD/DSED gruppen og 58 i ASD gruppen. I Mayes (2017) sin studie var det kun 7 deltakere i RAD/DSED- gruppen og 486 i ASD- gruppen. Det var også 13 deltagere med i RAD/DSED+ ASD- gruppen, men det er ikke innenfor mine inkluderingskriterier, og er dermed ikke tatt med i vurderingene. 7 deltagere med RAD/DSED er få deltagere, men samtidig er det en sjelden diagnose og man må benytte de dataene man har.

Måleinstrumentene i alle studiene er godt beskrevet og virker som kjente måleinstrumenter. I Sadiq (2012) sin studie er det omsorgsgiver som er respondent på begge de måleinstrumentene som er benyttet i studien. Det var omsorgsgivere, lærere og klinikere som var respondenter i studien til både Davidsson (2015) og Mayes (2017).

Ved å se på dataanalysene i de inkluderte studiene, kan en vurdere om en kan skille individuelle forskjeller som er reelle, fra forskjeller som er tilfeldige (Nortvedt et al., 2012). I alle studiene benyttes det kjente statistiske metoder.



#### 4.4.3. Resultatene forteller

Hovedfunnene i de inkluderte studiene er tidligere beskrevet. Alle studiene oppgir resultatene med statistiske estimater og det er derfor lite sannsynlig at resultatene skyldes tilfeldigheter.

#### 4.4.4. Kan resultatene være til hjelp i min praksis

Hovedfunnene i studien til Sadiq (2012) kan være svært nyttige for praksis. Resultatene viste at barn med RAD/DSED kan ha like store vansker som ASD innenfor visse områder av pragmatisk språk. Resultatene fra studien viste også at det er repetitiv og stereotyp atferd som best differensierer mellom RAD/DSED og ASD. Alderen til deltagerne er 5-8 år. Man kan tenke seg at evnen til pragmatisk språk endrer seg med alder for alle. For eldre barn kan det utvikle seg til det bedre, men også ved å få større utfordringer. Det er ingen grunn til å tro at det skal være mindre vansker med bruk av pragmatisk språk når barna er yngre i noen av gruppene, men det er ikke studert. Studien har derfor kanskje ikke stor overføringsverdi på barn i andre aldre. Allikevel er det nyttig å tenke at barn med RAD/DSED i likhet med barn med ASD har vansker med pragmatisk bruk av språket. Det samme gjelder for repeterende og stereotyp atferd. Overføringsverdien kan være forskjellig ut fra hvor i helsetjenesten du arbeider. I førstelinjetjenesten der man ikke setter diagnose, kan kanskje overføringsverdien være større enn i spesialisthelsetjenesten. Førstelinjens oppgaver er å gi gode beskrivelser av barnet i forkant av en videre utredning og kan benytte disse resultatene for å kunne gi slike gode beskrivelser av barnet. Samtidig på grunnlag av studiens design, kan ikke resultatene overføres direkte til praksis i spesialisthelsetjenesten uten å utforske disse resultatene videre for å få en høyere kvalitet på dokumentasjonen.

I Davidson (2015) sin studie er også resultatene interessante for praksis ved at barn med RAD/DSED kan differensieres fra barn med ASD ved å se på kvaliteten i sosial interaksjon og at strukturert observasjon kan være en god måte å gjøre dette på. Alderen på deltakerne i denne studien er 5- 11 år. Det kan tenkes at her er overføringsverdien til yngre barn god, men samtidig stilles det større krav til kvalitet ved sosial interaksjon når barna blir eldre og det kan være lettere å oppdage når barna blir eldre. Det at strukturert observasjon kan differensiere mellom lidelsene tenker jeg kan ha stor overføringsverdi også til min egen praksis. Dette vil drøftes i kapittel 7.

Resultatene i studien til Mayes (2017) kan også ha overføringsverdi til praksis. Både at barn kan ha begge lidelsene og at det er definerte symptomer som kan differensiere mellom lidelsene er kunnskap som kan være til stor nytte for klinikere. Aldersspennet i denne studien er bredt, 4-17 år.

Resultatene fra de tre studiene viser at det skal være mulig å differensiere RAD/DSED og ASD. Det er lite grunnlagt for endring av praksis på bakgrunn av resultater av en enkelt observasjonsstudie med

tverrsnittsdata. Men til tross for dette har alle de inkluderte studiene resultater som er av interesse for praksis og som viser områder det kan forskes videre på.

Etter en gjennomgang av sjekklisten har jeg kommet fram til at kvaliteten på de tre studiene er god og har en lav risiko for systematiske feil eller skjevheter. Se sjekkliste med gjennomgang av hver studie i Vedlegg 4.

#### 4.5. Narrativ syntese

I den narrative synesten vil jeg som tidligere nevnt utforske resultatene mellom studiene, sortere/kombinere funnene, analysere forhold innad og mellom studiene før jeg gjør en overordnet vurdering av robustheten av resultatene (Tacconelli, 2010). I tilnærmingen med å gi en beskrivelse av resultatene, benyttet jeg meg av rammeverket til Tacconelli (2010) som er gjort rede for i metodekapittelet. Den narrative syntesen består av fire ledd: Utarbeide en teori, utarbeide en foreløpig syntese, utforske forhold mellom studiene og en kvalitetsvurdering av syntesen.

##### 4.5.1. Utarbeide en teori

Første ledd i rammeverket til syntesen er å utarbeide en teori. På bakgrunn av kapittel 2, 4.1 og 4.2 er følgende teori utarbeidet: Ved å gjennomføre denne systematiske oversikten, vil jeg bli i bedre stand til å skille mellom tilstandene RAD/DSED og ASD.

##### 4.5.2. Utarbeide en foreløpig syntese

Neste ledd i rammeverket er å utarbeide en foreløpig syntese ved å slå sammen, organisere og beskrive funnene fra de inkluderte studiene. Jeg vil se på de to kategoriene Sosial fungering/ gjensidig språk og Repetitiv/ Stereotyp atferd og begrensede interesser i syntesen. For å utarbeide en foreløpig syntese, ble kjennetegn fra alle studiene i forhold til denne kategorien satt opp i en tabell og gruppert inn i temaer.

Alle tre studiene ser på kategorien *Sosial fungering og gjensidig kommunikasjon*. Det var fire temaer som kom til syne i denne prosessen: *Gjensidig sosial interaksjon* (rød), *Sosiale relasjoner* (blå), *Udiskriminerende atferd* (grønn) og *Gjensidig kommunikasjon* (lilla). Det var to studier (Sadiq, 2012 og Mayes, 2017) som så på kategorien *Repetitiv/stereotyp atferd/interesser* og her kom to temaer til syne: *Repetitiv/ stereotyp atferd* (oransje) og *Begrensede interesser* (mørkeblå).

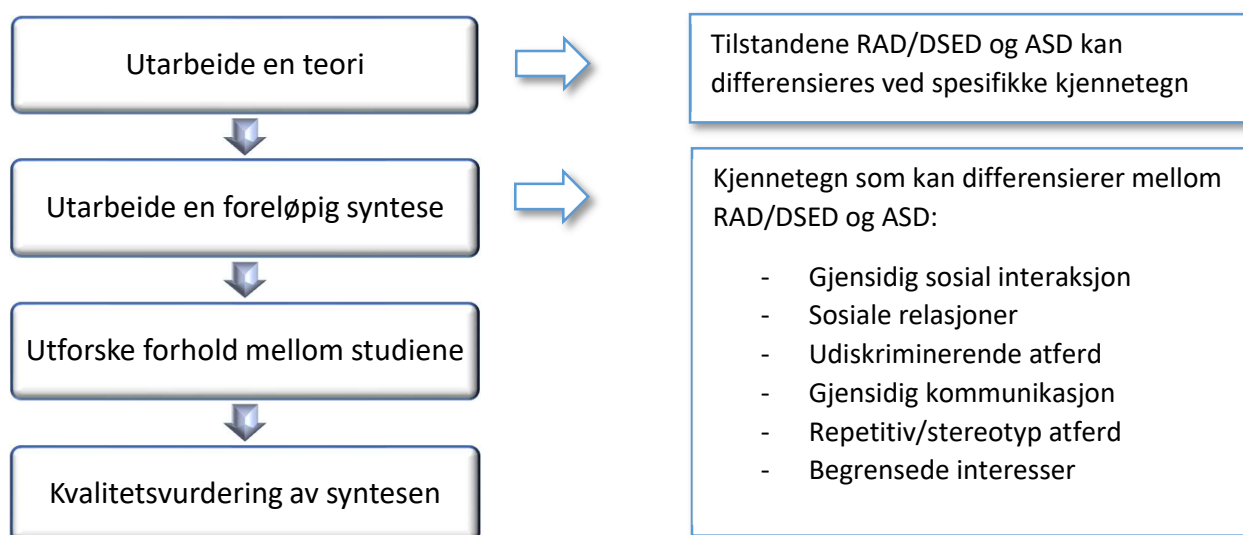
Tabell 11. Utarbeidelse av foreløpig syntese

Sadiq et al (2012) 5-8 år	Davidson et al (2015) 5-11 år	Mayes et al (2017) 4-17 år
<b>Sosial fungering og gjensidig kommunikasjon</b>		
Sosiale relasjoner- populær blant andre barn (CCC)	«Cuddliness» Nærkontakt med fremmede	Sosial isolasjon eller vanskeligheter med å få venner
Gjensidig sosial interaksjon (ADI-R)	Udiskriminerende forhold med voksne	Begrenset gjensidig interaksjon/red. blikkontakt
Upassende initiativ, snakker med alle og enhver (CCC)	Søke trøst hos fremmede	I sin «egen» verden
Choerence- sammenheng i tale (CCC)	Personlige spørsmål	Invaderer personlig rom
Use of context- upassende tale, taktløs (CCC)	Minimal utsjekking	Overdreven vennlig
Rapport- Fortelle, starter sjelden en samtale (CCC)	Oppmerksomhetssøkende	Problemer med sosiale evner
Bruk av språk eller andre kommunikasjonsferdigheter (ADI-R)	Unngå øyekontakt	Selektiv oppmerksomhet
Bruk av kroppsspråk og ikke-verbal lek (ADI-R)		Udiskriminerende atferd
		Responderer ikke ved verbal tilsnakk (eks eget navn)
		Forsinkede språklige milepæler, normale motoriske milepæler
		Svekkelse ved kommunikasjon
		Problemer med empati, følelsesuttrykk
		Regresjon av språkutvikling
<b>Repetitiv/stereotyp atferd og begrensede interesser</b>		

Stereotypt språk- Ensformig språk		Atypisk eller repetitiv vokalisering eller tale
Interesser		Besettelser
Repetitiv og stereotyp atferd		Begrensede interesser og fiksering
		Samle på objekter (ikke mat)
		Repetitiv, stereotyp lek (sette leker på linje)
		Stereotypier (vifte med hendene, gå på tærne)
		Behov for aktivitet (klatring, løping)
		Fasinasjon ved repetitive bevegelser (en vifte)
		Stress ved forandringer

De seks temaene som kom til syne i utarbeidelsen av en foreløpig syntese, utgjør grunnlaget for neste trinn i syntesen som utforsker forhold mellom studiene.

Figur 5. Foreløpig syntese



#### 4.5.3. Utforsking av forhold mellom studiene

I prosessen med å utforske disse temaene innad og mellom studiene, tok jeg for meg ett tema om gangen ved å se på resultatene til studiene ved hvert enkelt kjennetegn.

Tabell 12. Gjensidig sosial interaksjon

Gjensidig sosial interaksjon	
Kjennetegn/Studie	Resultater som viser signifikante forskjeller
Gjensidig sosial interaksjon (ADI-R)/ Sadiq et al. (2012)	Statistisk signifikant forskjell, ASD (84%) skårer høyere enn RAD (46%)
I sin «egen» verden/Mayes et al. (2017)	Signifikant forskjell, ASD (85%) viste større vansker enn RAD/DSED (28,6%)
Responderer ikke ved verbal tilsnakk (eks eget navn)/Mayes et al. (2017)	Signifikant forskjell, ASD (82,5%) viste større vansker enn RAD/DSED (14,3%)
Kjennetegn/Studie	Resultater som ikke gir signifikante forskjeller
Unngå øyekontakt/Davidson et al. (2015)	Ikke signifikant forskjell, ASD 66% og RDA/DSED 58%
Begrenset gjensidig interaksjon/reduert blikkontakt/Mayes et al. (2017)	Ikke signifikant forskjell, ASD (78,8%) og RAD/DSED (42,9%)

Alle tre studiene ser på *Gjensidig interaksjon*. To av studiene (Davidson, 2015 og Mayes 2012) ser på *Redusert bruk av blikkontakt* og finner ingen signifikant forskjell mellom lidelsene. Ved Gjensidig sosial interaksjon viser studien til Sadiq signifikant forskjell, men resultatene viser også at både ASD og RAD har vansker med gjensidig interaksjon. I Mayes (2017) sin undersøkelse var det ikke signifikant forskjell mellom lidelsene i forhold til gjensidig interaksjon, men resultatene viser også her at begge gruppene har store vansker. Resultatene ved kjennetegnene *I sin egen verden* og *Ikke respons på verbal kontakt* (eks respons på eget navn) viste signifikant forskjell og prosentvis stor avstand mellom RAD/DSED og ASD, der ASD hadde store vansker.

Tabell 13. Sosiale forhold/ venner

Sosiale forhold/ venner	
Kjennetegn/ Studiet	Resultater som viser signifikant forskjell
Sosiale relasjoner- populær blant andre barn (CCC)/Sadiq et al. (2012)	Signifikant forskjell, RAD/DSED (56%) større vansker enn ASD (33%)
Kjennetegn/ Studiet	Resultater som ikke viser signifikant forskjell

Sosial isolasjon eller vanskeligheter med å få venner/Mayes et al. (2017)	Ikke signifikant forskjell, ASD 97,1% og RAD/DSED 71,4%
Problemer med sosiale evner/Mayes et al. (2017)	Ikke signifikant forskjell, ASD 98,6% og RAD/DSED 85,7.

Temaet *Sosial forhold/ venner* var undersøkt i to av studiene, Sadiq (2012) og Mayes (2017). Her var resultatene noe ulike der studien til Sadiq viste at barn med RAD/DSED hadde størst vansker og studien til Mayes viste at barn med ASD hadde størst vansker. Det var kun studien til Sadiq som viste signifikant forskjell mellom lidelsene. Men ut fra resultatene i studiene ser det ut til at begge lidelsene har vansker innenfor dette området.

Tabell 14. Udiskriminerende atferd

Udiskriminerende atferd	
Atferd/ Studie	Resultater som viser signifikant forskjell
Use of context- upassende tale, taktløs/ Sadiq et al. (2012)	Signifikant forskjell, RAD/DSED (77%) hadde større vansker enn ASD (51%)
Udiskriminerende vennlighet/ Davidson et al. (2015)	Signifikant forskjell, RAD/DSED (55%) hadde større vansker enn ASD (10%)
Nærkontakt med fremmede/ Davidson et al. (2015)	Signifikant forskjell, RAD/DSED (45%) hadde større vansker enn ASD (14%)
Søker trøst hos fremmede/ Davidson et al. (2015)	Signifikant forskjell, RAD/DSED (20%) hadde større vansker enn ASD (0%)
Personlige spørsmål/Davidson et al. (2015)	Signifikant forskjell, RAD/DSED (52%) hadde større vansker enn ASD (16%)
Minimal utsjekking/Davidson et al. (2015)	Signifikant forskjell, RAD/DSED (48%) hadde større vansker enn ASD (28%)
Oppmerksomhetssøkende/Davidson et al. (2015)	Signifikant forskjell, RAD/DSED (76%) hadde større vansker enn ASD (26%)
Atferd/ Studie	Resultater som ikke viser signifikant forskjell
Invaderer personlig rom/ Mayes et al. (2017)	Ikke signifikant forskjell, RAD/DSED 71,4% og ASD 60,2%

Overdreven vennlighet/ Mayes et al. (2017)	Ikke signifikant forskjell, RAD/DSED 100% og ASD 51,8%
Udiskriminerende atferd/Mayes et al. (2017)	Ikke signifikant forskjell, RAD/DSED 100% og ASD 74,5%
Snakker med alle og enhver (CCC)/ Sadiq et al. (2012)	Ikke signifikant forskjell, RAD/DSED 64% og ASD 52%

Kjennetegn på *Udiskriminerende atferd* ble sett på i alle tre studiene, men det er bare i to av studiene (Sadiq, 2012 og Davidson, 2015) at resultatene viser signifikant forskjell. Men til tross for ikke signifikant forskjell i Mayes sin studie, var det stor prosentvis forskjell ved *Overdreven vennlighet*, der alle i RAD/DSED-gruppen viste slik atferd mot kun 52% i ASD- gruppen. Av totalt ti kjennetegn var det syv kjennetegn der det var signifikant forskjell mellom lidelsene. Det var RAD/DSED- gruppen som viste størst vansker ved *Udiskriminerende atferd*. Kjennetegnet *Oppmerksomhetssøkende atferd* er tatt med i dette temaet, men det kunne også passet i temaet *Gjensidig interaksjon*. Men jeg har valgt å ta det med her fordi Davidson (2015) har plassert dette kjennetegnet under *Disinhibited symptoms* i sin studie.

Tabell 15. Gjensidig kommunikasjon

Gjensidig kommunikasjon	
Kjennetegn/ Studier	Resultater som viser signifikant forskjell
Bruk av språk eller andre kommunikasjonsferdigheter (ADI-R)/Sadiq et al. (2012)	Signifikant forskjell, ASD (90%) viser større vansker enn RAD/DSED (62,9)
Bruk av kroppsspråk og ikke- verbal lek (ADI-R)/Sadiq et al. (2012)	Signifikant forskjell, ASD (58%) viser større vansker enn RAD/DSED (14,3%)
Kommunikasjonsvansker /Mayes et al. (2017)	Signifikant forskjell, ASD (87,9%) viste større vansker enn RAD/DSED (14,3%)
Rapport- Fortelle, starter sjelden en samtale (CCC)/Sadiq et al. (2012)	Signifikant forskjell, RAD/DSED (82%) viser større vansker enn ASD (50%)
Kjennetegn/ Studier	Resultater som ikke viser signifikant forskjell

Choerence- sammenheng i tale (CCC)/Sadiq et al. (2012)	Ikke signifikant forskjell, ASD 2% og RAD/DSED 0%
Problemer med empati, uttrykke følelser/Mayes et al. (2017)	Ikke signifikant forskjell, ASD 59,9% og RAD/DSED 57,1%
<b>Kjennetegn/ Studier</b>	<b>Ikke data</b>
Forsinkede språklige milepæler, normale motoriske milepæler/Mayes et al. (2017)	Ikke data på RAD/DSED, ASD 65,4%
Regresjon av språkutvikling etter et år/Mayes et al. (2017)	Ikke data på RAD/DSED, ASD 22,6%

Det var to av studiene (Sadiq, 2012 og Mayes, 2017) som så på kjennetegn innenfor tema *Gjensidig kommunikasjon* og begge studiene hadde resultater med signifikante forskjeller. Resultatene viste at ASD- gruppen hadde størst vansker når det gjelder bruk av språk, men RAD/DSED gruppen hadde også en del vansker med dette temaet. Det var ikke signifikant forskjell mellom gruppene når det gjelder å *Uttrykke følelser*. Det var størst prosentvis forskjell mellom gruppene ved kjennetegnet og *Kommunikasjonsvansker* der barn med ASD hadde større vansker enn barn med RAD/DSED. Temaet *Gjensidig kommunikasjon* virker å være et område der barn med ASD strever mer enn barn med RAD/DSED.

Tabell 16. Repetitivt/ stereotyp språk og atferd

Repetitivt/ stereotyp språk og atferd	
Kjennetegn/Studier	Resultater som viser signifikant forskjell
Selektiv oppmerksomhet/Mayes et al. (2017)	Signifikant forskjell, ASD (98,6%) viste større vansker enn RAD/DSED (14,3%)
Repetitiv og stereotyp atferd (ADI-R)/Sadiq et al. (2012)	Signifikant forskjell der ASD (80%) viser større vansker enn RAD/DSED (20%)
Atypisk eller repetitiv vokalisering eller tale/Mayes et al. (2017)	Signifikant forskjell der ASD (87,2%) viste større vansker enn RED/DSED (14,3%)



Repetitiv, stereotyp lek (sette leker på linje)/Mayes et al. (2017)	Signifikant forskjell der ASD (66,7%) viste større vansker enn RAD/DSED (0%)
Stereotypier (vifte med hendene, gå på tærne)/Mayes et al. (2017)	Signifikant forskjell der ASD (73%) viste større vansker enn RAD/DSED (0%)
<b>Kjennetegn/Studier</b>	<b>Resultater som ikke viser signifikant forskjell</b>
Stereotype language-Ensformig språk (CCC)/Sadiq et al. (2012)	Ikke signifikant forskjell, RAD/DSED 65% og ASD 62%

Det var to studier (Sadiq, 2012 og Mayes, 2015) som studerte *Repetitiv/ stereotyp språk og atferd* og begge studiene fant signifikante forskjeller mellom gruppene. Ved å se på seks kjennetegn innenfor dette temaet, viste resultatene at ved fem kjennetegn hadde ASD-gruppen signifikant større vansker enn RAD/DSED-gruppen. Selektiv oppmerksomhet handler om at barnet kan sitte svært lenge og holde på med samme aktivitet, for eksempel se på samme film gjentatte ganger (Stoleting, 2020). Det var dette kjennetegnet som viste den største prosentvise forskjellen. Det var store prosentvise forskjeller ved dette temaet som kan indikere at lidelsene kan la seg differensiere ved å se nærmere på *Repetitivt/stereotyp språk og atferd*.

Tabell 17. Begrensede interesser

Begrensede interesser	
Kjennetegn/Studier	Resultater som viser signifikant forskjell
Besettelser/Mayes et al. (2017)	Signifikant forskjell der ASD (96,1%) viste større vansker enn RAD/DSED (28,6%)
Begrensede interesser og fiksering/Mayes et al. (2017)	Signifikant forskjell der ASD (96,1%) viste større vansker enn RAD/DSED 0%
Behov for aktivitet (klatring, løping)/Mayes et al. (2017)	Signifikant forskjell der ASD (49,8%) viste større vansker enn RAD/DSED 0%
<b>Kjennetegn/ Studier</b>	<b>Resultater som ikke viser signifikant forskjell</b>
Interesser (CCC)/Sadiq et al. (2012)	Ikke signifikant forskjell, ASD 63% og RAD/DSED 42%

Hoards (samle?) objects (ikke mat)/Mayes et al. (2017)	Ikke signifikant forskjell, ASD 40,9% og RAD/DSED 28,6%
Fasinasjon ved repetitive bevegelser (en vifte)/Mayes et al. (2017)	Ikke signifikant forskjell, ASD 30,5% og RAD 0%

To studier (Sadiq, 2012 og Mayes, 2015) så på temaet *Begrensede interesser*. Resultatene viste signifikante forskjeller der ASD- gruppen har store vansker sammenlignet med RAD/DSED- gruppen ved flere kjennetegn. Det var høy prosentvis forskjell ved *Besettelser* og *Begrensede interesser og fiksering* i Mayes (2017) sin studie. I Sadiq (2012) sin studie var det ikke signifikant forskjell i forhold til *Interesser*, men P- verdien var 0,058 og dermed svært nær en signifikant forskjell. *Fasinasjon ved repetitive bevegelser* viste ikke signifikant forskjell i Mayes (2017) sin studie, men samtidig var det kun ASD- gruppen som viste vansker ved dette området. Kjennetegn innenfor temaet *Begrensede interesser* kan komme til nytte i differensieringen av barn med RAD/DSED og ASD.

#### 4.5.4. Oppsummering og sammendrag av resultater fra syntesen

Alle tre studiene så på temaet *Gjensidig sosial interaksjon*. Det var flere kjennetegn som viste signifikant forskjell mellom lidelsene, mens redusert bruk av blikkontakt viste ikke signifikant forskjell. To av studiene (Sadiq, 2012 og Mayes, 2017) studerte temaet *Sosiale forhold/ venner*. Det var noe ulike resultater mellom studiene. Uansett viser resultatene at dette er et område med vansker for både barn med RAD/DSED og ASD og derfor ikke et godt kjennetegn til å differensiere lidelsene. Temaet *Udiskriminerende atferd* ble sett på i alle tre studiene, to av studiene viste signifikante forskjeller ved temaet. Det var RAD/DSED gruppen som viste størst vansker ved dette temaet og det var ved kjennetegnet *Oppmerksomhetssøkende* atferd at den prosentvise forskjellen var størst. Det var også signifikant forskjell på kjennetegnet *Søke trøst hos fremmede*, der resultatene viste at det var kun RAD/DSED gruppen som viste dette kjennetegnet. To av studiene (Sadiq, 2012 og Mayes, 2015) så på temaet *Sosial kommunikasjon/gjensidig samtale*. Det var flere kjennetegn som viste signifikant forskjell og det var kjennetegnet *Kommunikasjonsvansker* som viste størst prosentvis forskjell der ASD- gruppen viste størst vansker. Temaet *Repetitiv/ stereotyp språk og atferd* var et tema som ble sett på i studien til Sadiq (2012) og Mayes (2017). Under dette temaet var det mange kjennetegn som viste signifikant forskjell og stor prosentvis forskjell mellom lidelsene. Det var også Sadiq (2012) og Mayes (2017) som så på temaet *Interesser*. Resultatene viser at ASD- gruppen har større vansker enn RAD/DSED gruppen ved flere kjennetegn innenfor dette temaet.

I tabell 18 har jeg valgt å gi en oppsummering av syntesen under de to kategoriene jeg i utgangspunktet ønsker å se på, Sosial fungering og gjensidig kommunikasjon og Repetitiv/ stereotyp atferd og begrensede interesser.

Tabell 18. Kjennetegn som kan differensiere mellom RAD/DSED og ASD

Kjennetegn som kan differensiere RAD/DSED og ASD	
Sosial fungering og gjensidig kommunikasjon	Repetitiv/stereotyp atferd og begrensede interesser
I sin egen verden	Selektiv oppmerksomhet
Respons på verbal kontakt	Repetitiv og stereotyp atferd og lek
Oppmerksomhetssøkende atferd	Atypisk eller repetitiv vokalisering eller tale
Kommunikasjonsvansker	Stereotypier (vifte med hendene, gå på tærne)
	Begrensede interesser og besettelser

#### 4.5.5. Kvalitetsvurdering av syntesen

Neste trinn i den narrative syntesen er å kvalitetsvurdere syntesen ved å benytte GRADE som tidligere er beskrevet i metodekapittelet. De tre inkluderte studiene er alle observasjonsstudier og starter derfor på lav tillit i GRADE. Det er som tidligere beskrevet fem kriterier for nedgradering av kvaliteten på dokumentasjonen:

1. Studiekvalitet: Alle studiene ble vurdert til å være av god kvalitet.
2. Konsistens: Det var for det meste samsvar mellom studiene.
3. Direkthet: Denne informasjonen er mest interessant ved utarbeidelse av anbefalinger og dette er en vurdering av kvalitet på dokumentasjon. Det handler om hvor generaliserbare forskningsresultatene er.
4. Presisjon: Alle inkluderte studier er enkeltstudier og med relativt få deltagere, særlig i RAD/DSED gruppen. I tillegg er det stort aldersspenn blant deltagere, noe som vil redusere presisjonen. Både RAD/DSED og ASD er diagnoser der en må forvente at kjennetegn endres over tid og tiltak. Det er ulike målemetoder og ulike kjennetegn som undersøkes. På bakgrunn av mangel på presisjon vil samtlige temaer som er vurdert, bli nedgradert ytterligere fra lav til svært lav tillit i GRADE.
5. Rapporteringsskjevheter: Har ikke noe å bemerke.

Det er også tre kriterier for oppgradering av kvalitet på dokumentasjon, men dette gjelder kun i situasjoner der det er flere samsvarende studier som ikke er nedgradert. Det har derfor ikke vært grunnlag for å kunne gradere opp til høyere tillit (Vist et al., 2013). GRADE tabell ses i Vedlegg 5.

Dokumentasjonen består av observasjonsstudier med nokså få deltagere, særlig i RAD/DSED gruppen. Men samtidig er det lite varierte funn mellom studiene. Den samlede dokumentasjonen er preget av stor variasjon i målemetoder og hvilke kjennetegn som er undersøkt. Ved hjelp av GRADE er tillit til resultatene vurdert som svært lav og er derfor usikker på om disse kjennetegnene kan være til nytte i differensieringen av RAD/DSED og ASD. Selv om det er knyttet usikkerhet til om resultatene er til å stole på, ønsker jeg å diskutere funnene av syntese. I diskusjonen ønsker jeg å knytte resultatene opp mot diagnosekriterier og de fem hovedtrekkene Verdens Helseorganisasjon mener skiller RAD fra ASD. Jeg ønsker også å se på om bruk av GRADE rettferdiggjør tilliten til resultatene av syntesen.

## 5. Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere funnene og gjennomførelsen av den systematiske oversikten. Først vil jeg se på kjennetegn som differensierer tilstandene og som indikerer ASD, deretter kjennetegn som indikerer RAD/DSED og til slutt kjennetegn som ikke differensierer tilstandene. Etter dette vil jeg drøfte om det er andre kjennetegn som er interessante. Jeg vil så diskutere alder og måleinstrumenter sin betydning. Etter dette vil jeg se på tilliten til resultatene og styrker/ svakheter ved den systematiske oversikten. Før oppsummering mot slutten av kapittelet, vil jeg se på forskningsbehov videre framover.

### 5.1. Hovedfunn

Tre studier møtte mine inklusjonskriterier. Disse studiene utforsket hvordan man kan differensiere mellom RAD/DSED og ASD. Studiene benyttet ulike måleinstrumenter i denne prosessen. Alle studiene viste at det er mulig å skille mellom RAD/DSED og ASD. Resultatene av syntesen viste at det er noen kjennetegn som er gode og noen som ikke er gode til å differensiere RAD/DSED og ASD.

#### 5.1.1. Kjennetegn som indikerer ASD

Ut fra resultatene til syntesen var det disse kjennetegnene som differensierte mellom RAD/DSED og ASD og som indikerte ASD:

- I sin egen verden
- Respons på verbal kontakt (eget navn)
- Kommunikasjonsvansker
- Selektiv oppmerksomhet
- Repetitiv/ stereotyp atferd og lek
- Atypisk eller repetitiv vokalisering eller tale
- Stereotypier
- Begrensede interesser og besettelser

Kjennetegnene *I sin egen verden* og *Respons på verbal kontakt* er hentet fra temaet *Gjensidig sosial interaksjon*. Disse kjennetegnene viste signifikant forskjell og stor prosentvis forskjell mellom tilstandene. Dette resultatet samsvarer med ICD-10 som beskriver at barn med ASD har store vansker ved normal evne til sosial gjensidighet og respons som et av de fem hovedtrekkene som kan skille RAD og ASD.

Resultatene innenfor temaet *Gjensidig kommunikasjon* viser at ASD-gruppen i hovedsak viser større vansker enn RAD/DSED-gruppen. På den ene siden kan det derfor se ut som at *Gjensidig kommunikasjon* er noe ASD-gruppen strever mest med. På den andre siden, til tross for signifikant forskjell, er det mange barn med RAD/DSED som også strever med *Gjensidig kommunikasjon*. I

Mayes (2017) sin studie var det prosentvis stor forskjell mellom tilstandene ved *Kommunikasjonsvansker*. I denne studien var det CASD som ble brukt som måleinstrument og under *Kommunikasjonsvansker* ble det spurt om barnet bruker ord for å kommunisere (Stoleting, 2020). I Sadiq (2012) sin studie var det signifikant forskjell, men ikke så stor prosentvis forskjell under kjennetegnet *Bruk av språk eller andre kommunikasjonsferdigheter*. Denne studien konkluderer også med at barn med RAD/DSED kan ha like store vansker som barn med ASD innenfor visse områder av dette temaet. Dette gjenspeiler seg i diagnosekriteriene til både RAD og ASD. Ved ASD er det svært varierende kommunikasjonsvansker og ved RAD kan noen av barna ha svekket språkutvikling (se kapittel 2). Språkutvikling er et av de fem hovedtrekkene i ICD-10 som kan skille lidelsene fra hverandre ved at barn med RAD kan ha svekket språkutvikling, men ikke de avvikende kommunikasjonsproblemene som kjennetegner ASD. Samtidig er diagnosekriteriene til ASD endret i ICD-11 og DSM-5 som beskrevet i kapittel 2. Tidligere var det tre områder som var knyttet til ICD-10, der kommunikasjon var et av områdene. I de nyeste utgavene av diagnosesystemene, er kommunikasjon fjernet som eget området. Men det er søkelys på sosial kommunikasjon. Oppsummert kan temaet *Gjensidig kommunikasjon* være med på å differensiere lidelsene for noen barn med RAD/DSED og ASD, men det er nødvendig med videre forskning for å kunne konkludere. Det hadde vært interessant med studier som har deltagere med yngre barn enn de som har deltatt i de inkluderte studiene. Dette for å se om det kan være lettere å differensiere RAD/DSED og ASD når barna er yngre.

Resultatene viste at ASD- gruppen har større vansker enn RAD/DSED- gruppen ved selektiv oppmerksomhet, repetitiv/ stereotyp atferd og lek, atypisk eller repetitiv vokalisering eller tale, stereotypier og begrensede interesser og besettelser. I tillegg til signifikante forskjeller mellom tilstandene, var det også stor prosentvis forskjell mellom lidelsene ved disse kjennetegnene. Diagnosekriteriene til RAD/DSED og ASD støtter opp om disse resultatene da denne kategorien ikke er en av diagnosekriteriene for RAD/DSED, men for ASD. ICD-10 har denne kategorien som en av sine fem hovedtrekk som kan skille RAD og ASD. Til tross for at kvaliteten på dokumentasjonen kan være lav, er det likevel grunn til å tro at dette kan være de beste kjennetegnene for å differensiere lidelsene fra hverandre. Samtidig er *Uforklarlig irritasjon, tristhet* med i diagnosekriteriene for RAD som i praksis kan forveksles med barn med ASD som kan vise en rigid motstand mot forandring og reagere sterkt på små endringer i omgivelsene (se kapittel 2). For å differensiere RAD/DSED og ASD, kan det være nyttig å ha søkelys på kartlegging av nevnte kjennetegn.

#### 5.1.2. Kjennetegn som indikerer RAD/DSED

Kjennetegnet *Oppmerksomhetssøkende atferd* er hentet fra temaet *Udiskriminerende atferd*. Under dette temaet viste resultatene generelt at dette var et område der barn med RAD/DSED og ASD

hadde store vansker. Barn med RAD/DSED viste større vansker enn barn med ASD ved alle kjennetegnene. På den ene siden kan det derfor se ut som at *Oppmerksomhetssøkende atferd* kan være et godt kjennetegn som kan skille på lidelsene. På den andre siden viste også 26% av barna med ASD *Oppmerksomhetssøkende atferd*. Dette kjennetegnet er fra Davidson (2015) sin studie. Det at barn har oppmerksomhetssøkende atferd er helt normalt. I studiet til Davidson er *Oppmerksomhetssøkende atferd* ramset opp under Disinhibited symptoms. Jeg tolker det derfor slik at dette er oppmerksomhetssøkende atferd utover det som er normalt, atferd som kan virke ukritisk og påtrengende. Det er lett å tenke seg at dette kan være et godt kjennetegn for å skille lidelsene RAD/DSED og ASD fra hverandre da det er vanlig hos barn med ASD å ha vedvarende brist i evnen til å ta initiativ og opprettholde gjensidig sosial interaksjon. *Oppmerksomhetssøkende atferd* er ikke et av de fem hovedtrekkene som er beskrevet i ICD-10 som kan skille lidelsene. Men det er lidelsene RAD og ASD som er sammenlignet i ICD-10. Dette kjennetegnet hører mer hjemme hos barn med DSED og ikke RAD. Derfor er det naturlig at dette ikke er trukket fram i ICD-10.

#### 5.1.3. Kjennetegn som ikke differensierer tilstandene

Det ser ut til at temaet *Sosial forhold/venner* er et område der begge tilstandene ser ut til å ha vansker og er derfor ikke noe som kan differensiere mellom RAD/DSED og ASD.

Redusert bruk av blikkontakt er et kjennetegn som ofte kobles til autisme, det var derfor et interessant funn at to av studiene viste at det å unngå blikkontakt ikke var et kjennetegn som kan differensiere mellom RAD/DSED og RAD. Studiene viste at både barn med RAD/DSED og ASD kan ha vansker med å ha blikkontakt med andre. I utgangspunktet var jeg mest interessert i kjennetegn som kunne differensiere lidelsene fra hverandre, men tenker samtidig at dette var et nyttig funn nettopp fordi det ikke kan være med å differensiere tilstandene.

#### 5.1.4. Andre kjennetegn som er viktige?

Jeg har valgt å begrense syntesen ved å ta med kjennetegn i kategoriene jeg i utgangspunktet ønsket å undersøke. I Mayes (2017) sin studie var det undersøkt hvilke kjennetegn som bare barn med ASD hadde og ikke barn med RAD/DSED. Flere av disse kjennetegnene er tatt med i syntesen. Kjennetegn som ikke er med i syntesen, men som samtidig er interessante er:

- Stress ved folkemengder eller oppstyr, RAD/DSED 0% og ASD 47,7%
- Kresen i matveien, RAD/DSED 0% og ASD 68,7%
- Normal motorisk utvikling og forsinkelse ved språklige milepæler, RAD/DSED 0% og ASD 65,4%

Ved kjennetegnet «Søke trøst hos fremmede» fra Davidson (2015) sin studie var det kun 20% av barna med RAD/DSED som viste denne atferden, men samtidig var det 0% av barn med ASD som søke trøst hos fremmede.

## 5.2. Deltagernes alder i studiene

Alderen til deltakerne i de inkluderte studiene er 5-8 år (Sadiq, 2012), 8-11 år (Davidson, 2015) og 4-17 år (Mayes, 2017). To av studiene har deltagere med et begrenset aldersspenn. Dette kan føre til at kjennetegn ved denne aldersgruppen blir mer spesifikke og tydelige. Samtidig kan det også tenkes at dersom aldersspennet er vidt, slik det er i Mayes (2017) sin studie, så får man en bedre oversikt over kjennetegn som er til stede over et stort aldersspenn. Resultatene i studiene samsvarer i stor grad til tross for forskjellig aldersspenn. Jeg fant ingen studier som undersøkte kjennetegn ved de minste barna. Som beskrevet i kapittel to, er ofte kjennetegn på ASD tydelig til stede fra barnet er mellom ett og to år. RAD/DSED- diagnose stilles ikke før barnet er ett år, men kjennetegn må ha vært til stede før fem års alder. Derfor er det høyst sannsynlig at resultatene er overførbare også til de yngre barna, så lenge forventninger til utviklingen justeres i forhold til alder.

## 5.3. Forskjellig framgangsmåte for å finne spesifikke kjennetegn

De tre studiene har forskjellig framgangsmåte for å finne data og benytter ulike måleinstrumenter. Sadiq (2012) benytter spørreskjema til foreldrene (CCC) og et intervju med omsorgsperson (The 3DI). Omsorgsperson kjenner barnet best og er derfor en sentral kilde for å samle data. Samtidig har ikke omsorgspersonen utvidet kunnskapen om barns generelle utvikling og atferd. De to andre studiene benytter seg av data fra omsorgsperson, informasjon fra lærer og ikke minst, de har også kliniske observasjoner av barnet.

To av studiene, Sadiq (2012) og Mayes (2017), benytter måleinstrumenter som i utgangspunktet er utviklet for barn med ASD. Davidson (2015) benytter måleinstrumenter som er tiltenkt barn med RAD/DSED. Det kan stilles spørsmål ved det å benytte måleinstrumenter som ikke er spesielt beregnet på det som skal undersøkes. Samtidig var dette nettopp forfatterens hensikt. Det er interessant å se hvordan måleinstrumenter kan fange opp gode kjennetegn til tross for at hensikten i utgangspunktet var en annen. Resultatene i studien til Davidson (2015) viste at en strukturert observasjon var den beste målemetoden for å kunne differensiere barn med RAD/DSED og ASD. Mayes (2017) viser til studier som viser at CASD kan differensiere barn med ASD fra barn med andre lidelser med 99,5% nøyaktighet. CASD innehar også en observasjonssituasjon.

Med tanke på at RAD/DSED er diagnoser det i utgangspunktet er forsket lite på, er det i det store bildet vanskelig å dra noen sikre konklusjoner som gjelder hvilke måleinstrumenter som best kan fange opp tilstandene.



#### 5.4. Tilliten til resultatene av syntesen

For å vurdere kvaliteten på syntesen, ble GRADE benyttet og vurderingen viste at resultatene ble vurdert til å ha svært lav tillit. Samtidig kan man stille spørsmål ved om GRADE er den beste måten å vurdere syntesen på. GRADE baserer seg på kunnskapshierarki der RCT studier rangeres på toppen av pyramidene. Pettecrew og Roberts (2006) hevder at ved en systematisk oversikt, er det mer nyttig å tenke «typologi» framfor «hierarki» da man ønsker studier som passer best til å svare på forskningsspørsmålet. Mitt forskerspørsmål var ikke et effektspørsmål der det kunne forventes å finne RCT studier. Da det i 2011 ikke ble funnet noen studier, var jeg svært fornøyd med at det nå var gjennomført tre observasjonsstudier. Det er knyttet usikkerhet til om resultatene kan være til nytte i differensieringen av RAD/DSED og ASD. Men samtidig kan funnene være nyttige og gir en viss forståelse av tilstandene, hvilke kjennetegn som kan differensiere mellom dem og hvilke kjennetegn som ikke er gode for å skille lidelsene fra hverandre. Både RAD/DSED og ASD er svært komplekse lidelser og må utredes av spesialisthelsetjenesten over tid.

Som vist i kapittel 2, beskriver Verdens Helseorganisasjon i ICD-10 fem hovedtrekk som skiller RAD og ASD (WHO, 1992). Tilliten til resultatene av min syntese styrkes ved å sammenligne med de av hovedtrekkene i ICD-10 som er relevante å sammenligne med. Første hovedtrekket i ICD-10 handler om at barn med RAD har normal evne til sosial gjensidighet og respons. Dette samsvarer med resultat fra syntesen i forhold til at barn med ASD kan oppfattes som å være «I sin egen verden» og manglende respons på verbal kontakt. I ICD-10 er det også et hovedtrekk at barn med RAD kan ha svekket språkutvikling, men ikke de avvikende kommunikasjonsproblemene som kjennetegner ASD. Et resultat av syntesen viser også at kommunikasjonsvansker kan differensiere lidelsene, men at det er nødvendig med videre forskning for å konkludere. Det er også viktig å huske på at grad av vansker ved gjensidig kommunikasjon kan variere stort hos barn med ASD. Begrensede, repetitive og stereotype atferdsmønstre, interesser og aktiviteter er også to hovedtrekk både i ICD-10 og syntesen. Tilliten til resultatene fra syntesen styrkes ved å sammenligne med hvordan lidelsene er differensiert i ICD-10. Repetitiv/ stereotyp atferd og gjensidig kommunikasjon er felles både i ICD-10 og i syntesen. I tillegg er syntesen mer konkret enn punktene i ICD-10 og utdyper nærmere hva som kan skille lidelsene. I ICD-10 er også kognitive evner et punkt der ASD var forbundet med vedvarende og alvorlige mangler ulikt RAD/DSED. Dette var ikke et tema i de inkluderte studiene. Samtidig er det viktig å huske at noen barn med ASD har kognitive evner innenfor normalområdet.

#### 5.5. Styrker og svakheter ved den systematiske oversikten

Det er både styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten. Det er en styrke at det er gjennomført en systematisk oversikt over hvilke kjennetegn som differensierer mellom RAD/DSED og ASD. Det har så vidt meg bekjent ikke blitt gjennomført tidligere og det ble derfor viktig å få en

oversikt over slike kjennetegn. Det er også en styrke at det ble gjennomført et omfattende litteratursøk og at det ble forsøkt å gjennomføre en vurdering av syntesen ved hjelp av vurderingsverktøy. En annen styrke er at den systematiske oversikten er grundig og transparent som metode.

Det er også flere begrensninger ved den systematiske oversikten. Det var kun én person som gjennomførte litteratursøket og utvelgelsen av studier. Og det var hele tiden en stor bekymring for om jeg fant alle studier om dette teamet. Samtidig fikk jeg i Mayes (2017) sin artikkel bekreftet at det fram til ca 2017 kun er gjennomført tre studier om dette temaet, og det er de jeg fant. En svakhet er at det er mange subjektive tolkninger i oversikten, både i vurdering av de enkelte studiene og i arbeidet med syntesen. Jeg stiller også spørsmål om GRADE var det beste verktøyet for å vurdere syntesen. Samtidig er det en styrke at resultatene fra syntesen sammenfaller med ICD-10. En annen sak er at det hadde vært nyttig i forkant av gjennomføringen av den systematiske oversikten å intervju foreldre, helsepersonell både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å høre om relevansen om å studere dette temaet. Det har ikke vært nok tid til å kunne gjennomføre dette. Mine kollegaer er svært opptatt av utviklingsvansker og tilknytningsvansker som tema i hverdagen. Jeg har også hatt samtaler med flere foreldre som også ønsker økt kunnskap hos fagpersonell om dette. I forkant av masterprosjektet, hadde jeg en samtale med min veileder Svein Eikeseth. Med hans bakgrunn som professor og forsker på autisme, var jeg interessert i om han synes dette tema var interessant. Han bekreftet relevansen for temaet og oppmuntret meg til å skrive om dette i oppgaven min.

#### 5.6. Kunnskapshull og forskningsbehov

Det ble kun funnet tre studier som har studert hvordan vi kan se forskjell på RAD/DSED og ASD. Da RAD/DSED er diagnoser det er forsket lite på, er det nødvendig å fortsette å studere disse lidelsene. Det hadde vært interessant å gjennomføre en kohortstudie med de minste barna for å få mer kunnskap om hvordan man kan skille mellom tilstandene RAD/DSED og ASD. Samtidig er det utfordrende med et slikt design på sjeldne tilstander. Kasus- kontrollstudie kunne derfor vært et alternativt design. Randomiserte kontrollerte forsøk for å vurdere effekt av kartleggingsverktøy som kan fange opp begge disse lidelsene hadde også vært nyttig. Det hadde også vært interessant med kvalitative studier både med barn, foreldre, helsepersonell, barnevernsansatte og pedagoger i forhold til denne tematikken.

## 6. Oppsummering av den systematiske oversikten

Jeg ønsket å studere i hvilken grad det er mulig å differensiere mellom lidelsene RAD/DSED og ASD. Alle de tre studiene som ble inkludert i den systematiske oversikten, viste at det er mulig å skille mellom RAD/DSED og ASD ved visse kjennetegn. Det er grunn til å tro at noen kjennetegn kan differensiere lidelsene fra hverandre bedre enn andre. Det ble gjennomført en narrativ syntese av resultatene fra de tre studiene, syntesen ble kvalitetsvurdert ved hjelp av GRADE. Tilliten til resultatene ble vurdert til svært lav og dette skyldes i hovedsak studienes design. Samtidig styrkes tilliten til resultatene da de i stor grad samsvarer med diagnosekriteriene og Verdens helseorganisasjons punkter som kan skille RAD fra ASD i ICD-10. Funnene er så relevante og interessante at de kan spille en rolle i det kliniske arbeidet. Samtidig er RAD/DSED diagnoser som det forsket lite på. I tillegg er RAD/DSED og ASD svært komplekse tilstander og det er derfor vanskelig å dra sikre konklusjoner. Derfor har jeg valgt å gi en oppsummering av kjennetegn som kan være til nytte i arbeidet med å skille lidelsene fra hverandre.

Hovedfunnene fra den systematiske oversikten:

- Repeterende/ stereotyp atferd og begrensede interesser var den kategorien som best differensierte lidelsene. Barn med ASD viste større grad av vansker enn barn med RAD/DSED ved disse kjennetegnene:
  - Selektiv oppmerksomhet
  - Atypisk eller repetitiv tale eller vokalisering
  - Repetitiv/stereotyp atferd og lek
  - Stereotypier
  - Begrensende interesser og besettelser
- Kjennetegnet *I sin egen verden* kan være et godt kjennetegn der barn med ASD har store vansker sammenlignet med barn med RAD/DSED
- Å ikke respondere på verbalt tilsnakk, for eksempel på sitt egen navn, kan være et godt kjennetegn der barn med ASD strever mye sammenlignet med barn med RAD/DSED
- Oppmerksomhetssøkende atferd kan ses hos barn med RAD/DSED og ikke så hyppig hos barn med ASD

Barn med ASD strever mer enn barn med RAD/DSED i forhold til gjensidig kommunikasjon, men RAD/DSED- gruppen kan også ha vansker innenfor dette området

Andre kjennetegn som ikke er inkludert i syntesen, men som Mayes (2017) viser til i sin studie er kjennetegn kun hos barn med ASD og ikke hos barn med RAD/DSED. Disse kjennetegnene er:

- Stress ved folkemengder eller oppstyr

- Kresen i matveien
- Normal motorisk utvikling og forsinkelse ved språklige milepæler

Davidson (2015) viser i sin studie at det å søke trøst hos fremmede er et kjennetegn for barn med RAD/DSED og ikke for barn med ASD. Men samtidig var det kun 20% i RAD/DSED- gruppen som viste vansker ved dette kjennetegnet.

## 7. RAD/DSED og ASD ved helsestasjonene

Den andre delen av problemstillingen og det sekundære formålet med masterprosjektet var: Hvordan kan man differensiere mellom mistanke om autismspekterforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser ved helsestasjonene. Dette vil besvares ved å diskutere funnene fra den systematiske oversikten fra et helsestasjonsperspektiv. Som tidligere nevnt er det ikke helsestasjonstjenestens mandat å utrede for ASD eller RAD/DSED. En av helsestasjonstjenestens oppgaver er imidlertid å avdekke fysiske og psykiske utviklingsavvik tidlig og bidra til at barn får oppfølging og henvisning ved behov.

Det kan være svært mange årsaker til atypisk utvikling hos barn. Temaene som diskuteres her kan ha helt andre årsaker enn både RAD/DSED og ASD. Dette kapitlet er begrenset til å se på hva som kan skille tilstandene RAD/DSED og ASD. Helsestasjonstjenesten har mange samarbeidspartnere, men diskusjonen i dette kapitlet er begrenset til hva helsestasjonen 0-5 år selv kan bidra med.

I dette kapitlet ønsker jeg å diskutere følgende:

- Interessante kjennetegn som kan skille mellom mulig RAD/DSED og ASD i et helsestasjonsperspektiv
- RAD/DSED og ASD i en helsestasjonshverdag: Muligheter og begrensninger

### 7.1. Interessante kjennetegn

Jeg ønsker å diskutere noen av resultatene fra den systematiske oversikten sett i forhold til helsestasjonstjenesten 0-5 år. Deltagerne i studiene er 4-17 år gamle. Det er grunn til å tro at resultatene er overførbare også til de yngre barna, så lenge forventninger til utviklingen justeres i forhold til alder. Jeg ønsker å se på interessante kjennetegn i vurderingen ved mistanke om RAD/DSED eller ASD. Først vil jeg se nærmere på *Repeterende/stereotyp atferd og begrensede interesser* da dette er kategorien som ut fra syntesen best differensierer RAD/DSED og ASD. Jeg har også valgt å diskutere *Gjensidig kommunikasjon* da syntesen viste signifikante forskjeller mellom lidelsene på dette området. Samspill er et tema som har stor oppmerksomhet i helsestasjonsarbeidet og vil derfor bli diskutert i lys av resultatene fra den systematiske oversikten. Avslutningsvis ønsker jeg kort å se nærmere på *Selektivt kosthold, Stress ved folkemengder eller oppstyr* og overføringsverdi til andre instanser.

#### 7.1.1. Repeterende/stereotyp atferd og begrensede interesser

Resultatene fra syntesen viser at *Repeterende/stereotyp atferd og begrensede interesser*, kan skille mellom RAD/DSED og ASD. Oppsummert handler denne kategorien om at barnet har svært begrensede interesser og ønsker å holde på med disse hele tiden. Barnet har en repetitiv atferd. Det kan være at barnet kan sitte svært lenge med samme aktivitet, for eksempel se den samme filmen

igjen og igjen, putte klosser opp i en boks igjen og igjen. Barnet kan ha en stereotyp atferd som å vifte med hendene eller gå på tærne. Barnet kan også ha et høyt motorisk repeterende, stereotyp aktivitetsnivå.

Helsestasjonsprogrammet har ingen standardisert, systematisk innhenting av informasjon fra foreldrene, observasjon av barnet eller undersøkelse som får fram om barnet har vansker innenfor dette området. Det er likevel mulig å observere atypisk atferd under konsultasjon på helsestasjonen ved at man ikke får motivert barnet til å holde på med aktiviteter helsepersonell legger opp til under konsultasjonene. Foreldrene kan også ha kommentarer eller spørsmål som gjør at man kan tenke at barnet strever innenfor dette området, for eksempel i forhold til et høyt aktivitetsnivå og selektiv oppmerksomhet. Men det mangler en validert, strukturert tilnærming som kan benyttes på alle barn som kommer til helsestasjonen ved forskjellige aldre. Det hadde vært interessant å kunne samle informasjon både ved å stille spørsmål til foreldrene og høre på foreldrenes bekymringer. Samtidig hadde vært spennende å utvikle et verktøy som inneholdt strukturerte observasjoner på helsestasjonen. Det har blitt gjennomført en studie (Gale, Eikeseth, Klintwall & Gale, 2019) der utgangspunktet for studien var å ha fokus på hvor stor negativ effekt de ikke-sosiale interessene har for barns utvikling og tidlig innsats for å vekke sosial interesse hos barn. Ved å benytte et nettbrett med bilder av mennesker, dyr og abstrakte mønstre, foretrakk barn med ASD ikke sosiale- stimuli. Det hadde vært interessant og undersøkt videre om et slikt måleinstrument kunne blitt benyttet i kartleggingsammenheng på helsestasjonen. Det hadde også vært spennende å se om et slik måleinstrument kunne skille på barn som senere fikk diagnosene RAD/DSED eller ASD.

Atypisk eller repetitiv tale/ vokalisering var også et kjennetegn barn med ASD strevde med mens barn med RAD/DSED ikke hadde disse vanskene. Dette kjennetegnet kan komme til syne under gjennomføringen av SATS 2 og Språk 4, men ingen av disse kartleggingsverktøyene har spørsmål som berører dette temaet. Så det blir opp til foreldrene selv å melde sin bekymring og individuelle vurderinger av helsepersonell. I tillegg er det ofte svært utfordrende å gjennomføre SATS 2 og Språk 4 hvis barna har vansker med gjensidig kommunikasjon.

I helsestasjonstjenesten er fysioterapeutene en god ressurs med svært nyttig erfaringskunnskap omkring observasjon av barns motoriske utvikling. Det hadde vært interessant å utforske videre hva denne faggruppen kan bidra med i utforskningen av barns repeterende/stereotyp atferd.

#### 7.1.2. Gjensidig kommunikasjon

Språkutvikling hos barna har et stort fokus i helsestasjonsarbeidet og ofte benyttes kartleggingsverktøyene SATS 2 og Språk 4 i vurderingen av barns språkutvikling. Utvikling av lyder, språkforståelse og talespråk er derfor et tema som går igjen i de fleste konsultasjoner. Resultatene

fra den systematiske oversikten viser at *Gjensidig kommunikasjon* hos noen barn kan være med på å differensiere RAD/DSED eller ASD. Samtidig kan dette være et område barn med både RAD/DSED og ASD kan ha problemer. Det å utforske barns kompetanse til gjensidig kommunikasjon kan være svært nyttig oppgave på helsestasjonen, men det kan være vanskelig se forskjell på RAD/DSED og ASD på dette området.

Studien til Mayes (2017) viste at det å ikke nå språklige milepæler var et unikt kjennetegn for ASD mens det ikke forekom ved RAD/DESD. Her kan SATS2 og Språk 4 komme til nytte i helsestasjonsarbeidet. En utfordring med disse verktøyene er at ingen av de er utviklet med tanke på barn som har flere språk i sin hverdag. Og det benyttes ikke standardiserte kartleggingsverktøy rutinemessig før 2 års alderen. Det er flere måneders og års avstand mellom konsultasjonene på helsestasjonen, dette kan føre til at barnet ikke får den støtte og hjelp når behovene viser seg.

### 7.1.3. Vurdering av samspill

I helsestasjonsprogrammet er samspill, kontakt og oppmerksomhet et tema som går igjen fra nyfødtp perioden til barnet begynner på skolen. Det står i de nasjonalfaglige retningslinjene for helsestasjonstjenesten at samspillet betegner kommunikasjonen mellom foreldre og barn. Det beskrives at gjennom et inntonet samspill fremmes trygg tilknytning og at dette har en avgjørende betydning for barnets generelle utvikling (Helsedirektoratet, 2017). I praksis er det svært utfordrende å vurdere samspill mellom foreldre og barn innenfor gitte rammer på helsestasjonen. Enda vanskeligere er det å vurdere årsaken til redusert kontakt mellom foreldre og barn. Er det foreldrenes mangelfulle bidrag og tilbud om samspill med barnet, eller er det barnet som har en grunnleggende utviklingsvanske som fører til redusert kontakt med foreldrene?

Resultatene fra den systematiske oversikten viste at unormal oppmerksomhetssøkende atferd kan være et kjennetegn som kan skille mellom RAD/DSED og ASD. Denne atferden viste seg hyppigst ved RAD/DSED. Resultatene viste også at kjennetegnet «*I sin egen verden*» er en atferd som barn med ASD ofte viser, men ikke barn med RAD/DSED. Det er ikke lett, men mulig å observere disse kjennetegnene ved konsultasjoner på helsestasjonen. Og ved gjentatte observasjoner over tid, er det mulig å vurdere denne atferden.

Resultatene fra syntesen viser at kjennetegnet *Responderer ikke ved verbal tilsnakk*, var noe som barn med ASD hadde store vansker med, men ikke barn med RAD/DSED. Det å vurdere om barna for eksempel responderer på eget navn er en svært enkel og god observasjon som kan gjøres over tid ved helsestasjonen. Samtidig må det ses nærmere på ved hvilken alder denne responsen forventes. Det at barn ikke responderer hvis foreldrene snakker til dem, kan også misforstås som barns bevisste

vilje til ikke å ville snu seg mot foreldrene. Og det er svært nyttig funn at det er barn med ASD som kobles til denne atferden og ikke barn med RAD/DSED.

Det å søke trøst hos fremmede var et unikt kjennetegn ved RAD/DSED i Davidsons (2015) sin studie. Men det var kun 20% av barn i RAD/DSED gruppen som viste disse vanskene. Likevel kan det være et interessant kjennetegn å observere på helsestasjonen. Vaksinesituasjon er en svært unik situasjon for å observere barns reaksjon på stress og hvordan det lar seg trøste av foreldrene. At barn blir stresset ved vaksinerer er helt naturlig, og noen barn lar seg raskt trøste, mens andre kan virke helt utrøstelige. Dette kan det være mange naturlige grunner til. Det kan være nyttig for klinikere å observere og analysere hvordan barn samhandler med sine omsorgsgivere når de er stresset og når deres tilknytningssystem aktiveres (Giltaij, Sterkenburg & Schuengel, 2017). Ved gode, faglige observasjoner, kan helsesykepleier bidra med viktig informasjon ved senere utfordringer.

#### 7.1.4. Andre interessante kjennetegn

Mayes (2017) beskriver i sin studie at *Stress ved folkemengder eller oppstyr*, er et unikt kjennetegn ved ASD sammenlignet med kjennetegn ved RAD/DSED. Observasjoner på helsestasjonens venteværelse kan ofte gi nyttig informasjon om barnet. Denne situasjonen bærer ofte preg av mange mennesker og mye uro. Situasjonen kan virke stressende for alle barn fordi de skal kles av, veies og måles i ukjente omgivelser. På bakgrunn av funnene, kan det tenkes at noen barn med ASD vil reagere svært sterkt på denne situasjonen. Men samtidig kan kjennetegn for RAD være *Overdreven vaktksomhet, redsel og Uforklarlig irritabilitet, tristhet*. Så derfor kan kanskje barn med RAD også reagere kraftig med stort stress i en slik situasjon. Dette må også ses på i et aldersperspektiv og hva som forventes av reaksjoner i en slik ukjent situasjon. Det oppleves som svært vanlig at barn i 15-måneders alder reagerer med kraftig protest og gråt når de skal veies og måles. Derfor kan sannsynligvis ikke dette kjennetegnet skille lidelsene fra hverandre, men likevel interessante observasjoner som muligens kan indentifisere avvikende atferd.

Mayes (2017) beskriver i sin studie at *Kresenhet i matveien* er et unikt kjennetegn ved ASD. Kostholdsveiledning er et tema som går igjen i alle konsultasjoner ved helsestasjonen. Mange foreldre opplever at barna fra tid til annen er selektiv i matveien, og dette er også en helt naturlig del av utviklingen. Hvis kartlegging av selektivt kosthold skal være et nyttig kjennetegn å se etter ved helsestasjonen i prosessen for å skille på RAD/DSED og ASD, bør innhenting av informasjon struktureres og kvalitetssikres.

#### 7.1.5. Overføringsverdi til andre instanser

RAD/DSED og ASD er som tidligere beskrevet svært komplekse tilstander og det knyttes usikkerhet til i hvor stor grad man kan stole på resultatene. Søkelys på økt kunnskap om hva som skiller disse



lidelsene er nyttig ikke bare for helsestasjonstjenesten, men også for ansatte i barnehager, barnevern og spesialisthelsetjenesten. Funnene kan være svært nyttig i førstelinjetjenesten, da målet ikke er utredning av barna ved mistanke om RAD/DSED eller ASD, men etter beste evne å henvise til rett instans så tidlig som mulig. Økt kunnskap om likheter og ulikheter mellom RAD/DSED og ASD hos de som jobber med barn kan føre til endring av rutiner og praksis, særlig når det gjelder henvendelse til barnevernet og spesialisthelsetjenesten. Skolehelsetjenesten er samme instans som helsestasjonstjenesten 0-5 år, og funnene er helt klart overførbare til skolehelsetjenesten.

## 7.2. RAD/DSED og ASD i en helsestasjonshverdag: Muligheter og begrensninger

På bakgrunn av funnene i den systematiske oversikten, ønsker jeg i det følgende å se hvilke muligheter og begrensninger ansatte i helsestasjonstjenesten kan møte i forsøk på å differensiere mellom RAD/DSED og ASD.

### 7.2.1. Helsestasjonsprogrammet

Som vist i kapittel 2 er barn i Norge til konsultasjoner på helsestasjonen minimum 14 ganger fra de er født til de begynner på skolen. I hver av disse møtene vurderes barns utvikling sammen med foreldrene. Helsesykepleier møter familien ved alle konsultasjonene og lege møter familien rutinemessig ved 6 ukers-, 6 måneders-, 12 måneders- og 2 års- alderen. Utviklingen vurderes ved hjelp av informasjon fra foreldrene, observasjoner av barnet, medisinske undersøkelser og strukturert kartlegging av språk ved 2 år og 4 år. Helsesykepleier vaksinerer barna ved 6 uker, 3 måneder, 5 måneder, 12 måneder og 15 måneder. Helsestasjonstjenesten tilbyr hjemmebesøk til alle nyfødte, individuelle konsultasjoner og gruppekonsultasjoner. Jeg tenker at ansatte på helsestasjonen har gode muligheter til å gjøre gode vurderinger av barns utvikling med utgangspunkt i helsestasjonsprogrammet. Særlig å følge barns utvikling over tid kan gi verdifull informasjon.

De nasjonale retningslinjene for helsestasjonstjenesten anbefaler hva som skal vurderes ved hver enkelt konsultasjon som for eksempel generell utvikling av språk, motorikk, kontakt og vekst. Foreldrenes agenda og behov skal ivaretas ved alle konsultasjoner. Samtidig skal samspill og omsorg vurderes ved alle konsultasjoner, og vaksiner gis ved nevnte tidspunkt. Hver konsultasjon har en varighet på mellom 20-60 minutter. Innenfor disse rammene må helsesykepleier naturligvis gjøre mange selvstendige, individuelle prioriteringer og vurderinger. For å kunne gjøre gode vurderinger som gjelder RAD/DSED og ASD fordrer arbeidshverdagen en systematisk, konkret og målrettet innhenting av informasjon fra foreldrene, observasjoner og undersøkelser av barnet. Kontinuerlig faglig oppdatering er også nødvendig for å kunne kvalitetssikre rutineene ved helsestasjonen.

Slik helsestasjonsprogrammet er lagt opp i dag, kan det gå flere måneder og år mellom hver konsultasjon fra barnet er 15 måneder og fram til skolestart. Det er derfor en risiko for at nyttige observasjoner og vurderinger av barn ikke blir gjort.

#### 7.2.2. Hvordan kartlegge barns utvikling

Informasjon fra foreldre står sentralt under konsultasjonene ved helsestasjonen, foreldre kjenner sine barn best. Samtidig viser resultater i studien til Davidson (2015) at strukturert observasjon kan være den mest nyttige metoden for å kunne skille mellom RAD/DSED og ASD. Gode rutiner og strukturerte observasjoner med kjennetegn fra den systematiske oversikten, kan derfor være nyttig i hverdagen på helsestasjonen.

#### 7.2.3. Dokumentasjon

Det benyttes forskjellige dokumentasjonssystem for journalføring i helsestasjonstjenesten i Norge. I Oslo og omegn er det oftest CGM helsestasjon eller HsPro som er i bruk. Det som er felles for disse systemene, er at det er opp til hver enkel helsesykepleier/ lege hva som oppfattes som nødvendig å dokumentere i forhold til barnets utvikling. Slik dokumentasjonssystemet CGM helsestasjon fungerer i dag, må det registreres om barnet får morsmelk eller ikke ved hver konsultasjon. For alle andre observasjoner er det opp til hver enkel lege eller helsesykepleier å vurdere om det er nødvendig med utfyllende dokumentasjon eller kun en bekreftelse på at generelle temaer har vært tatt opp. Det ville vært nyttig om journalsystemet ble videreutviklet slik at spesifikke observasjoner ved utvalgte konsultasjoner måtte registreres. Dette kunne være et ledd i kvalitetssikring av vurderinger som gjelder barns utvikling og en huskeliste i en hektisk hverdag. Hovedfunnene fra den systematiske oversikten kunne være eksempel på observasjoner som systematisk burde registreres i barnas journal.

#### 7.2.4. Rett hjelp så tidlig som mulig

For å kunne være til hjelp og støtte for foreldre, er det helt nødvendig å bli godt kjent. For å oppnå dette, er innhenting av anamnese svært nyttig. Innhenting av anamnese er et viktig ledd i arbeidet med å gi riktig hjelp så tidlig som mulig. Som beskrevet i kapittel 2 har ASD en sterk arvelig komponent. Det er derfor nyttig å ha samtale med foreldrene om deres egen oppvekst og tanker de har om foreldrerollen for å kunne tilrettelegge et godt tilbud. Hvis et barn har økt risiko for atypisk utvikling ut fra anamnesen, kan foreldrene få tilbud om et utvidet helsestasjonsprogram. Det er i dag ikke en standardisert prosedyre ved innhenting av opplysninger om foreldrenes helse og oppvekst med påfølgende journalføring. I Oslo kommune får nå vordende foreldre et tilbud om hjemmebesøk i svangerskapet som gir en gyllen mulighet til blant annet en strukturert anamnesesamtale.

Ved tegn på atypisk utvikling skal helsestasjonen henvise barn videre. Hvor barnet skal henvises, vurderes ut fra hvilken instans som best og raskest kan hjelpe barnet og familien. Som beskrevet i

kapittel 2, vektet bekymringsmelding til barnevernet og henvisning til spesialisthelsetjenesten forskjellig. De nasjonale retningslinjene beskriver at et mangelfullt samspill, redusert respons og kontakt mellom foreldre og barn kan være tegn på omsorgssvikt. Utfordringen ved ustrukturerte observasjoner er at dette også kan beskrive et barn med en ikke identifisert ASD- diagnose.

Det har de siste årene vært et stort søkelys på omsorgssvikt i Norge. Flere departementer samarbeidet i 2013 om rapporten: *Du ser det ikke før du tror det*. Denne rapporten hadde som mål å gi felles kunnskap om hvordan vi kan oppdage og hjelpe barn som opplever alvorlig omsorgssvikt. I Aftenposten (Ntb, 2013) uttaler den gang barne- likestillings- og inkluderingsministeren Inga Marte Thorkildsen sin bekymring over at barn får diagnoser som for eksempel autisme når de i virkeligheten er utsatt for omsorgssvikt, vold eller overgrep. Dette økte fokuset har ikke bare gjenspeilet seg i politikken, men også i nasjonale anbefalinger, hos bydelsdirektører, ledere, i lokale handlingsplaner og hos oss som arbeider med familier i førstelinjetjenesten. Det har også vært en økt kursaktivitet i Oslo kommune med tverrfaglig deltagelse om vold og omsorgssvikt.

Min bekymring er at vektingen i retningslinjene, ustrukturerte observasjoner og det store søkelyset på omsorgssvikt, kan føre til at helsestasjonstjenesten ubevisst kan bli blindet og tenke at årsaken til atypisk utvikling hos barn ofte er omsorgssvikt. Det er uten tvil gode intensjoner både i de nasjonale retningslinjene og i politikeres søkelys på omsorgssvikt. Men jeg er redd for at vi ikke klarer å ta et skritt tilbake og se helheten rundt barnets utvikling. Jeg vil tro at dette ikke bare kan prege helsestasjonstjenesten, men også andre som jobber med barn og familier. Konsekvensene av å gjøre feilvurderinger kan være store for barnet og familien med for eksempel tanke på tidlig intervensjon og stort stress i familien. I 2014 ble det gjennomført en gjennomgang av rettspsykiatriske erklæringer som omhandlet personer med ASD. Denne konkluderer med at den sene identifiseringen av ASD hos personer mistenkt for kriminelle handlinger tydet på manglende kompetanse til å gjenkjenne og diagnostisere ASD i hjelpeapparatet (Helverschou et al., 2014). Ved å øke kompetansen i helsestasjonstjenesten og hos andre som jobber med barn, vil det bli mindre risiko for å gjøre slike feilvurderinger. Kanskje tittelen på neste rapport fra myndighetene kan hete: *Du ser det ikke før du vet hva du skal se etter... og før du makter å se helheten*.

#### 7.2.5. Avslutning

Helsestasjonen er en nyttig arena med unike muligheter til å møte barn og familier og for å kunne veilede, støtte og guide videre i det norske hjelpesystemet ved behov. Ansatte i helsestasjonstjenesten møter alle barn som bor i Norge, også i hjemmet, og de sitter med bred erfaringsbasert kunnskap. Denne kunnskapen blir imidlertid ikke utnyttet i stor nok grad. For å kunne gjøre en enda bedre jobb bør det etter min mening utvikles:

- standardiserte verktøy og/eller strukturerte observasjoner for å fange opp atypisk utvikling ved:
  - repeterende/stereotyp atferd og begrensede interesser
  - sosial kommunikasjon ved forskjellig alder både for barn med et og flere språk
  - oppmerksomhetssøkende atferd og det å være «I sin egen verden»
- et bedre dokumentasjonssystem for helsestasjonstjenesten
- bedre rutiner for innhenting av anamnese og journalføring av anamnese

I arbeidet med dette masterprosjektet kommer det fram at det er mulig å skille mellom barn som senere får diagnosene RAD/DSED eller ASD i helsestasjonstjenesten. Dette kan bidra til at barn og foreldre i større grad enn i dag kan få riktig og tidlig hjelp. Med fokusert innsats på økt kunnskap, standardiserte kartleggingsverktøy og gode rutiner kan den faglige kompetansen og kvaliteten på arbeidet som utføres styrkes.

## Referanser

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed. utg.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Bai, D., Yip, B. H. K., Windham, G. C., Sourander, A., Francis, R., Yoffe, R., ... Sandin, S. (2019). Association of Genetic and Environmental Factors With Autism in a 5-Country Cohort. *JAMA psychiatry*, 76(10). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1411>
- Bishop, D. V. M. (1998). Development of the Children's Communication Checklist (CCC): A Method for Assessing Qualitative Aspects of Communicative Impairment in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(6), 879-891. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00388>
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base : clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Davidson, C., O'Hare, A., Mactaggart, F., Green, J., Young, D., Gillberg, C. & Minnis, H. (2015). Social relationship difficulties in autism and reactive attachment disorder: Improving diagnostic validity through structured assessment. *Research in Developmental Disabilities*, 40, 63-72. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2015.01.007>
- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*, 20(3), 775-803. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000370>
- E- helse, 2019. Kodeverket ICD-10(og ICD-11). Hentet 4. desember 2019: <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Eikeseth, S. (2011). Intensive Early Intervention. Hentet 6. februar 2020 fra [https://link-springer-com.ezproxy.uio.no/chapter/10.1007/978-1-4419-8065-6\\_20](https://link-springer-com.ezproxy.uio.no/chapter/10.1007/978-1-4419-8065-6_20)
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., ... Fombonne, E. (2012). Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. I(bd. 5, s. 160-179).
- Fogler, J. M. & Phelps, R. A. (2018). *Trauma, Autism, and Neurodevelopmental Disorders: Integrating Research, Practice, and Policy*. Cham: Cham: Springer International Publishing.
- Fountain, C., King, M. D. & Bearman, P. S. (2011). *Age of diagnosis for autism: individual and community factors across 10 birth cohorts*. BMJ Publishing Group Ltd.
- Gale, C. M., Eikeseth, S., Klintwall, L. & Gale, C. M. (2019). Children with Autism show Atypical Preference for Non-social Stimuli. *Scientific Reports*, 9(1), 10355-10355. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-46705-8>
- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1543-1551. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2010.06.002>
- Giltaij, H. P., Sterkenburg, P. S. & Schuengel, C. (2017). Convergence between observations and interviews in clinical diagnosis of reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 603-619. <https://doi.org/10.1177/1359104517709049>
- Helverschou, S. B., Søndena, E., Steindal, K., Rasmussen, K., Nilsson, B. & Nøttestad, J. A. (2014). Rettspsykiatrisk undersøkte med autismespekterdiagnoser: Alder ved identifisering og diagnostisk historie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(4), 282-285.
- Helsedirektoratet. (2017) Nasjonal faglig retningslinjer for Helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Sist oppdatert 11. november 2019. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2019). Helsestasjonsprogrammet. Versjon 3. Publisert 19. november 2019. Vedlegg til Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Helsestasjonsprogrammet-0-5.pdf/\\_attachment/inline/0e915096-a9ff-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Helsestasjonsprogrammet-0-5.pdf/_attachment/inline/0e915096-a9ff-)

- [4afb-9dc8-a78d70335603:f66dc3395b4869603782bd0b911313539c0b3ebf/20191119%20Helsestasjonsprogrammet%20-5%20%C3%A5r%20oppdatert%20versjon.pdf](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra [https://lovdata-no.ezproxy.uio.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_6%C2%A733](https://lovdata-no.ezproxy.uio.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6%C2%A733) 23.01.2020
- Jozefiak, T. & Berg-Nielsen, T. S. (2016). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) og Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA).
- Kvelling, Ø. (2012). Tidlig barneverninnsats med utgangspunkt i tilknytningsforskning. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, (03), 116-134.
- Laake, P. (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laake, P., Olsen, B. R. & Benestad, H. B. (2008). *Forskning i medisin og biofag* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V. & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *The Lancet*, 383(9920), 896-910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)
- Larsen, K. (2015). The Early Diagnosis of Preschool Children with Autism Spectrum Disorder in Norway: a Study of Diagnostic Age and Its Associated Factors.(Research Article)(Report). *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3(2), 136. <https://doi.org/10.21307/sjcap-2015-014>
- Lord, C., Bishop, S. & Anderson, D. (2015). Developmental trajectories as autism phenotypes. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 169(2), 198-208. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31440>
- Mayes, S. (2018). Brief Report: Checklist for Autism Spectrum Disorder: Most Discriminating Items for Diagnosing Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(3), 935-939. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3401-0>
- Mayes, S. D., Calhoun, S., Waschbusch, D., Breaux, R. & Baweja, R. (2017). Reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Callous unemotional traits and comorbid disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(10), S204-S205. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.157>
- McKenzie, R. & Dallos, R. (2017). Autism and attachment difficulties: Overlap of symptoms, implications and innovative solutions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 632-648. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1359104517707323>
- Melling, R. & Smethurst, N. (2017). Taking care with attachment disorders and autistic-like traits: The potential significance of cognitive markers. *Educational Psychology in Practice*, 33(3), 264-276. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/02667363.2017.1306489>
- Minnis, H., Green, J., O'connor, T. G., Liew, A., Glaser, D., Taylor, E., ... Sadiq, F. A. (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(8), 931-942. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02075.x>
- Minnis, H., Macmillan, S., Pritchett, R., Young, D., Wallace, B., Butcher, J., ... Minnis, H. (2013). Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 202(5), 342-346. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.114074>
- Modabbernia, A., Velthorst, E. & Reichenberg, A. (2017). Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Molecular Autism*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s13229-017-0121-4>
- Moran, Heather. (2010). Clinical observations of the differences between children on the autism spectrum and those with attachment problems: the Coventry Grid. *Good Autism Practice* 1 ½, 26.10.2010.
- Moreno-De-Luca, A., Myers, S. M., Challman, T. D., Moreno-De-Luca, D., Evans, D. W. & Ledbetter, D. H. (2013). Developmental brain dysfunction: revival and expansion of old concepts based on

- new genetic evidence. *Lancet Neurology*, 12(4), 406-414. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70011-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70011-5)
- Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten 2006. Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie. Hentet 14. okt 2019. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. 4. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten; 2015.
- Norbury, C., Bishop, D. & Norbury, C. (2005). Children's Communication Checklist-2: A Validation Study. *Travaux neuchatois de linguistique (TRANEL)*, 42(Oct), 53-63.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- Ntb. (2013, 7. juni). Barneministeren: Christoffer-saken et tragisk eksempel. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/RRR4d/barneministeren-christoffer-saken-et-tragisk-eksempel?>
- Nøvik T.S. & Lea, R.A (2019, 12. mars) Diagnosesystemene ICD & DSM. Hentet 4. desember 2019: <https://beta.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-1-diagnostikk-og-utredning/diagnostikk-i-barne-og-ungdomspsykiatri/Diagnosesystemene-ICD-og-DSM/>
- Olaff, H. S. & Eikeseth, S. (2015). Variabler som kan påvirke effekter av tidlig og intensiv opplæring basert på anvendt atferdsanalyse (EIBI/TIOBA).
- Oslo Universitetssykehus (2018) Autisme. Siste oppdatert 07.01.2020. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nevnsom/autisme#kilder>
- Oslo Universitetssykehus (2012). Regional retningslinje for utredning og diagnostisering av autismespekterforstyrrelser. Hentet 28. februar 2020 fra [https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/regional-kompetansetjeneste-for-autisme-adhd-tourettes-syndrom-og-narkolepsi-helse-sor-ost/Documents/Regional\\_retningslinje\\_utredning\\_ASF.pdf](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/regional-kompetansetjeneste-for-autisme-adhd-tourettes-syndrom-og-narkolepsi-helse-sor-ost/Documents/Regional_retningslinje_utredning_ASF.pdf)
- Petticrew, M. & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences : a practical guide*. Malden, Mass: Blackwell Publishing.
- Pritchett, R., Pritchett, J., Marshall, E., Davidson, C. & Minnis, H. (2013). Reactive Attachment Disorder in the General Population: A Hidden ESSENCE Disorder. *The Scientific World Journal*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/818157>
- Russell, G., Steer, C. & Golding, J. (2011). Social and demographic factors that influence the diagnosis of autistic spectrum disorders. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 46(12), 1283-1293. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0294-z>
- Sadiq, F. A., Slator, L., Skuse, D., Law, J., Gillberg, C. & Minnis, H. (2012). Social use of language in children with reactive attachment disorder and autism spectrum disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21(5), 267-276. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1007/s00787-012-0259-8>
- Saemundsen, E., Magnússon, P., Georgsdóttir, I., Egilsson, E. & Rafnsson, V. (2013). *Prevalence of autism spectrum disorders in an Icelandic birth cohort*. British Medical Journal Publishing Group.
- Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Hultman, C. M. & Reichenberg, A. (2014). The Familial Risk of Autism. *JAMA*, 311(17), 1770-1777. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.4144>
- Sjøvold, M. S. & Furuholmen, K. G. (2015). *De minste barnas stemme : utredning og tiltak for risikoutsatte sped- og småbarn*. Oslo: Universitetsforl.
- Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Sosial- og helsedirektoratet. 1992. ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer.

- Sponheim, E. & Gjevik, E. (2019). Norsk barn- og ungdomspsykiatriske forening. 21. mars 2019. Hentet 6. februar 2020 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-opsatt-etter-inndeling-i-icd-10/gjennomgripende-utviklingsforstyrrelser-autismespekterforstyrrelser/>
- Statistisk Sentralbyrå (2020). Befolkning. Fødte. Hentet 5. mars 2020 fra <https://www.ssb.no/fodte>
- Statped (2019). CCC-2. Childrens communication checklist. Hentet 28. februar 2020 fra <https://www.statped.no/laringsressurs/sprak-og-tale/ccc-2-childrens-communication-checklist/>
- Stefanatos, G. (2008). Regression in Autistic Spectrum Disorders. *Neuropsychology Review*, 18(4), 305-319. <https://doi.org/10.1007/s11065-008-9073-y>
- Stenberg, N., Bresnahan, M., Gunnes, N., Hirtz, D., Hornig, M., Lie, K. K., ... Stoltenberg, C. (2014). Identifying Children with Autism Spectrum Disorder at 18 Months in a General Population Sample. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 28(3), 255-262. <https://doi.org/10.1111/ppe.12114>
- Stokke, G. (2011). Autism spectrum disorder or reactive attachment disorder? Differential diagnostic clues. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(6), 529-534. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc8&AN=2011-13812-002>
- Stokke, G. (2011). *Autismespekterforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse. Kunnskapsstatus i forhold til likheter, komobiditet og differensialdiagnostiske utfordringer* (Oslo universitetssykehus, Rapport nr 2, 2011) Hentet fra <https://bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00001693>
- Stoleting (2020). CASD. Hentet 21. mars 2020 fra <https://www.stoeltingco.com/checklist-for-autism-spectrum-disorder.html>
- Suren, P., Havdahl, A., Øyen, A.-S., Schjølberg, S., Reichborn-Kjennerud, T., Magnus, P., ... Stoltenberg, C. (2019). Diagnostisering av autismespekterforstyrrelser hos barn i Norge. *Diagnostisering av autismespekterforstyrrelser hos barn i Norge, Diagnosing autism spectrum disorder among children in Norway*. <https://doi.org/https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0960>
- Tacconelli, E. (2010). Book: Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. *The Lancet Infectious Diseases*, 10(4), 226.
- Vist, G. E., Sæterdal, I., Vandvik, P. O. & Flottorp, S. A. (2013). Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen. *Norsk epidemiologi*, 23(2), 151-156. <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1637>
- Zachrisson, H. D. (2010). *Tilknytning og psykisk helse hos sped- og småbarn*. I(s. 285-302). Oslo: Gyldendal akademisk, 2010.
- Zero to Three. (2016). DC:0-5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington, DC: Author.
- Zeanah, C. H. & Gleason, M. M. (2015). Annual Research Review: Attachment disorders in early childhood – clinical presentation, causes, correlates, and treatment. I(bd. 56, s. 207-222).
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S. & Garon, N. (2013). Early identification of autism spectrum disorders. *Behavioural Brain Research*, 251, 133-146. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2013.04.004>
- Zwaigenbaum, L. & Penner, M. (2018). *Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation*. British Medical Journal Publishing Group.
- Øzerk, K. (2018). Prevalence of Autism/ASD in the Capital City of Oslo, Norway.
- Özerk, K. (2016). The Issue of Prevalence of Autism/ASD. *International Electronic Journal of Elementary Education*, 9(2), 263.
- Universitetet i Oslo (2020). Søk og Skriv. Hentet 8. mars 2020 fra <https://sokogskriv.no/category/skriving/oppgavens-struktur/imrad-modellen/>
- Wilkinson, S. (2019). Tilknytningsforstyrrelser. Hentet 5. februar 2020 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og->



[ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsatt-etter-inndeling-i-icd-10/tilknytningsforstyrrelser/](https://www.ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsatt-etter-inndeling-i-icd-10/tilknytningsforstyrrelser/)

World Health Organization (2019, 2. november). Autism Spectrum Disorders. <https://www-who-int.ezproxy.uio.no/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Hentet 13. januar 2020.

World Health Organization (2020). Classification of Diseases (ICD). Hentet 16. februar fra <https://www-who-int.ezproxy.uio.no/classifications/icd/en/>

World Health Organization (1992/1999) ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613709>

World Health Organization (2019) ICD-11. Version: 04/2019. Hentet fra <https://icd-who-int.ezproxy.uio.no/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int.ezproxy.uio.no%2fid%2fentity%2f334423054>

## Vedlegg

### Vedlegg 1. Emneord og synonymer

Norske ord	Emneord	Tekstord, synonymer, «scope notes»
<b>Autismespektervansker (ASD)</b>	Medline (MeSH):	Medline (used for):
	Autism Spectrum Disorder	autism spectrum disorder autism spectrum disorders spectrum disorders, autism
	Autistic Disorder	autism autism, early infantile autism, infantile autistic disorder disorder, autistic disorders, autistic early infantile autism infantile autism infantile autism, early kanner syndrome kanner's syndrome kanners syndrome
	Asperger Syndrome	asperger disease asperger diseases asperger disorder asperger disorders asperger syndrome asperger's disease asperger's diseases asperger's disorder asperger's syndrome aspergers disease aspergers disorder aspergers syndrome disease, asperger disease, asperger's diseases, asperger diseases, asperger's disorder, asperger disorder, asperger's disorders, asperger syndrome, asperger syndrome, asperger's
Embase (Emtree)		Embase (Used for):
	Autism	Autism specter disorder autism, early infantile

	<p>autism, infantile autistic child autistic children autistic disorder autistic spectrum disorder child development disorders, pervasive childhood autism classical autism early infantile autism infantile autism infantile autism Kanner syndrome PDD (pervasive developmental disorder) pervasive developmental disorder pervasive developmental disorders typical autism</p> <p>PsycINFO (Thesaurus of Psychological Index Terms)</p> <p>Autism Spectrum Disorders</p>	<p>PsycINFO (Used for):</p> <p>Aspergers syndrome Autism Autistic children Autistic Psychopaty Early Infantile Autism Pervasive Developmental Disorders</p>
<b>Tilknytningsvansker (RAD)</b>	<p>Medline (MeSH)</p> <p>Reactive Attachment Disorder</p> <p>Embase (Emtree)</p> <p>Psychosocial Disorder</p> <p>PsycINFO (Thesaurus of Psychological Index Terms)</p> <p>Attachment Disorders</p>	<p>Medline (Used for)</p> <p>attachment disorder, reactive disorder, reactive attachment reactive attachment disorder</p> <p>Embase (Used for):</p> <p>disorder, psychosocial psychosocial disease psychosocial problem reactive attachment disorder</p> <p>PsycINFO Used for:</p> <p>Reactiv attachment disorder</p>
<b>Differensialdiagnostikk</b>	<p>Medline (MeSH)</p>	<p>Medline (Used for)</p>

Diagnosis, differential	diagnoses, differential diagnosis, differential differential diagnoses differential diagnosis
Embase (Emtree) differential diagnosis	Embase Used for: diagnosis, differential [MeSH Descriptor] diagnostic possibility
PsycINFO (Thesaurus of Psychological Index Terms) Differential Diagnosis	

## Vedlegg 2. Dokumentasjon av utvelgelse av studier

Ut fra disse treffene, 1677 referanser, ble tittelen vurdert opp mot inklusjon og eksklusjonskriterier og de av interesse overført til EndNote. 290 artikler ble overført til EndNote. Abstract ble lest gjennom og i første omgang ble de rated fra 1-5, der 1 ikke var aktuell og 5 stjerner svært aktuell. Deretter ble alle abstractene til referanser rated med 2-5 gjennomgått på nytt.

Gjennomgang av 58 referanser rated 5

Nr	Ref nr	Kommentar	Ja	Nei
1	327	Ser på felles oppmerksomhet i samspill ved 12 mnd alder	X	
2	348	Ser på samspill mellom foreldre og barn ved 12 mnd alder	X	
3	449	Nåværende forståelse av beste praksis for 1 og 2 linje tj. RCTer	X	
4	175	Konsekvenser av omsorgssvikt og behandling		X
5	422	Screening verktøy for autisme små barn	X	
6	383	Sammenligner toddlers med ASD og andre med utvilingsforstyrrelser	X	
7	11	Sammenligner ASD og RAD	X	
8	262	Ønsker å fange opp symptomer som ikke nødvendigvis er ASD	X	
9	457	Screening ved 2 år, skille mellom ASD og andre utviklingsforstyrrelser	X	
10	347	Genetisk sammenligning ASD/RAD fokus på årsak/etiologi	X	
11	269	Årsaksforhold til psyk lidelse hos førskolebarn, verktøy		X
12	360	ESSENCE, symptomer før 3 år	X	
13	349	Skille mellom ASD og RAD ved screening er mulig. Alder 5-11 år	X	
14	221	Språkvansker, mutiple nevrodevelopmental disorders		X
15	286	Motorisk utvikling ved ADHD/ASD/CD		X
16	102	Observasjon av samspill ved 6 mnd/ tilknytning/ASD	X	
17	101	Genetisks risiko for ASD/søsken/tilknytning		X
18	437	Screening verktøy, CBCL) for å skille ASD fra andre lidelser	X	
19	414	Genetiske lidelser/ barnemishandling	X	
20	227	RAD, forekomst og forkledd som andre psyk lidelser	X	
21	413	Pediatere har mulighet til en positiv forandre for barn utvik.forsty.		X
22	287	Aggressiv atferd kan være forbundet med mental disorders		X

23	446	Skjema/ autisdeforskning/ effektivitet i forskning		X
24	339	Samspill ved 12 mnd forutser psykisk diagnose ved 7 år	X	
25	408	Data innsamling, «gold standard»	X?	
26	392	Hvilke symptomer for dianos ASD kan skille fra andre devel. Diso.	X	
27	209	Uvanlig spisemønster, sammenligner ASD og andre diagnoser	X	
28	222	Kormobiditet RAD, ADHD, APS	X	
29	2	Viser at barn kan både ha RAD og ASD		X
30	247	Sammenligner RAD/DSED/CD/CU/ASD	X	
31	368	Differensial diagnose ASD	X	
32	32	Utforsker overlap of symptoms ASD/ RAD (AD)	X	
33	179	Ser på diag for å skille mellom ASD og andre lidelser (ADOS- 2)	X	
34	85	RAD/ASD forsiktighet ved diagnos pga likheter	X	
35	366	ASD verktøy for diag er ikke for mental alder under 12 mnd	X	
36	404	Ser på at sympt på ASD forandrer seg med alder		X
37	415	ASD og diff diagnoser	X	
38	467	A review of the literature to distinguish ASD from..	X	
39	303	Ser på alder 14- 15 mnd og atferd	X	
40	444	Verktøy SRS for diag ASD	X?	
41	462	ASD diagnoe		X
42	328	ESSENCE ASD, ADHD, epilepsy, SP		X
43	480	Eary detection, skille mellom ASD og andre utviklingsvansker	X	
44	332	Treatment gap for barn med psyk lidelser		X
45	299	Samspillsmønstre kan forutse conduct disorders		X
46	167	Summerer forskning om de mest vanlige co-occurring psyk dis v/ASD		X
47	411	Utforsker om sosiale og demog faktorer medvirker i det å få en diag		X
48	39	RAD/ASD/Social understanding 5- 8 år	X	
49	173	Irritabilitet i fokus i DSM-5		X
50	35	Screening verktøy 39 mnd	X	
51	168	ASD og andre tilstander blant annet RAD, diff diagnosis	X	
52	374	ASD eller PTSD eller begge, tar med da kanskje PTSD kan bli RAD?	X	
53	3	Gunn Stokke	X	
54	397	ASD voksne		X
55	208	ASD og conduct disorder		X
56	377	ASD og attachment and developmental trauma	X	
57	274	Overdiagnostisering RAD ved adopsjon	X	
58	169	RAD, evaluering og behandling		X

Resultat: Ut fra abstracts går 19 referanser ut og 39 referanser er med videre.

Gjennomgang av 21 referanser rated 4

Nr	Ref nr.	Kommentar	Ja	Nei
1	385	Barn med ASD kan også ha seizure disorders		X
2	479	Diagnoseverktøy CARS 2+4 år ASD	X	
3	288	Risiko for conduct difficulties		X
4	442	Identifying ASD in å brief observation	X	
5	101	Tilknytning hos barn i risiko for ASD		X

6	443	Ser på årsaker til økt antall barn med ASD		X
7	266	Ser på ASD og conduct disorder		X
8	373	Ser på forskjell på ASD og andre lidelser med språkutfordringer	X	
9	372	Ser på ASD og barn med normalutvikling og kommunikasjon		X
10	388	Distinguishe ASD fra andre lidelser bla cyclic affektiv disorders	X	
11	336	Role of race in comorbid symptoms ASD		X
12	379	Beskriver vanlig kommunikasjonsutfordringer	X?	
13	439	Antall tilfeller av ASD i Sverige		X
14	483	Diff dig of ASD	X	
15	420	Considerable overlap in symptoms of ASD and communications disorder	X	
16	20	ASD and co-occurring disorders		X
17	472	Screening tool for ASD CBCL	X	
18	461	ASD and screening and early identification	X	
19	432	ASD and anatomical brain features		X
20	386	Økt kunnskap om ASD nødvendig i 1. linje tjenesten	X	
21	396	Discuss diagnostic issues for early ASD	X	

Ut fra abstracts går 10 referanser ut og 11 referanser er med videre.

Gjennomgang av 27 referanser rated 3

Nr	Ref nr.	Kommentar	Ja	Nei
1	453	Kostholdsutfordringer hos ASD/Asperger		X
2	440	Antall ASD i Australia og alder for diagnose		X
3	381	Ny forskning kan forandre ASD tilnærmingen i tidlig barndom	X	
4	381	Finner ikke referansen		
5	29	Overlapp mellom RAD og Pervasiv Developmental disorder	X	
6	214	Co-occurring difficulties ved ASD		X
7	181	Barnemishandling, voksne, prevalence, comorbidity		X
8	476	Antall med ASD		X
9	334	Conduct problems treatment		X
10	69	ASD og lettere å se comorbidity når barna blir eldre		X
11	273	RAD and early recognition	X	
12	213	Finner ikke hele artikkelen, ser på pupiller til 9-10 mnd ASD	X	
13	455	Vanlige verktøy og beste praksis for å diagnos. ASD	X	
14	267	Empati ved ASD og CD		X
15	361	Utfordringer ved anvendelse av billediagnostikk ved ASD		X
16	38	Barn utsatt for omsorgssvikt og som hadde fått en ASD diagnose		X
17	73	ASD og risikofaktorer for å utvikle co-occurring psyk lidelse		X
18	212	Antisocial atferd, barn med utviklingsforstyrrelse, behandling		X
19	416	Bruk av screening (SCQ) hos barn i høy risiko for ASD		X
20	289	Empati, callous-unemotional, ASD		X
21	353	Psyk diag hos barn burde bli dramatisk redusert		X
22	342	Mangel på empati ved CD og ASD		X
23	76	Kommunikasjon ASD CD		X
24	459	ASD, språkvansker		X
25	370	Multippel eye-tracking, ASD, develop delay		X
26	417	Ser på et case, barn med mistanke om ASD		X
27	358	Psyk tjenestetilbud for barn og ungdom		X

Ut fra abstracts går 21 referanser ut og 5 referanser er med videre, finner ikke en referanse.

Gjennomgang av 51 referanser rated 2

Nr	Ref nr	Kommentar	Ja	Nei
1	436	Diff diag ASD og SPCD (ny språkvanskediagnose etter DSM-5)		X
2	99	Attachment insecurity relatetd symptoms bla ASD	X	
3	340	Empati ASD+ CD		X
4	211	ASD/ODD/CD eye- tracking ungdom (menn)		X
5	242	Smerteterskel- empati ASD og CDS		X
6	329	Oppdat av diag verktøy etter DSM-5, affectiv dis og schizofrenia		X
7	406	Endring i diagnosis of ASD		X
8	405	Økning i antall tilfeller av ASD og behandling		X
9	487	Case 15 åring, ADHD		X
10	68	Vurdering av diagnoseverktøy SDQ		X
11	103	Utfordring med DSM-4, Q-ASD, RAD ++	X	
12	217	Safe Start, service at national level		X
13	435	Forholdet mellom gray matter, språk, ASD		X
14	430	Diff diagnos. ASD/ ADHD		X
15	394	Skille mellom ASD/personality disoder med social cognition		X
16	302	CD/ADHD/ASD		X
17	238	Disruptiv behavior disorder and ADHD		X
18	412	Screening (SSI) ved høy risiko for ASD		X
19	105	Ser på forskjeller ved to typer RAD		X
20	79	RAD info, subgrupper		X
21	249	Gutter, risk, neurobiological...		X
22	481	ASD diff diagnoser		X
23	424	Developmental coordination disorder og ASD, forskjeller, likheter		X
24	83	Mothers` BAP was predictive of insecure maternal attachment		X
25	294	Kjønn og ODD og CD		X
26	356	ODD/CD/ASD/ADHD		X
27	418	ASD/ restictred and repetitiv behaviors		X
28	345	Treatment conduct problems and callous unemotional traits		X
29	469	Develop and validate ASSQ for better cap girls		X
30	403	Diagnostisering ASD, undergrupper, usikkerhet		X
31	170	Guidance for the management of mood disorders		X
32	86	Attachment security may behavioural marker and target for interven	X	
33	402	Autisme diagnose og behandling		X
34	382	Generelt om ASD, 2017, diagnose og management		X
35	18	Diskuterer hvordan DSM-5 har hatt innflytelse på forskjell. Psyk lidel		X
36	428	Ser på antall tilfeller ASD og intellectual disability		X
37	391	Tilfeller ADHD og diff diagnose		X
38	300	ASD/CD/TD difficulty understanding other minds		X
39	419	Develop, evaluate, ASD, early detection program		X
40	30	Case, 9 år gutt, RAD/ADHD lite effekt av behandling		X
41	375	Inform French clinicians about PDA, pathological demand avoidance		X
42	390	Boundaries between ASD/IDD/SSD		X
43	90	Discusses risk factors that predispose ASD		X

44	473	Otitis and ASD		X
45	409	Hvor går grensen for ASD og spesifikke språkvansker?		X
46	451	Differentiate between ASD and developmental delayed groups	X	
47	452	A model for understanding the nature of ASD		X
48	87	Ser på tre utfordringer ved ASD		X
49	365	Sleep problems 2-3 år ved forskjellige diagnoser		X
50	71	Examine common comorbid symptom categories		X
51	429	Synssvekkelse fra fødsel eller tidlig barndom, utfordringer v/ADS dia		X

Ut fra 51 abstracts går 47 referanser ut og 4 referanser er med videre.

Av 157 referanser rated 2-5, er 59 referanser med videre og disse ble delt inn i grupper for å få en bedre oversikt over temaer i de forskjellige referansene. De seks gruppene var:

- Referanser som sammenlignet RAD og ASD
- Referanser som ser på samspill
- Referanser som ser på diagnoseverktøy
- Referanser som sammenligner ASD med andre lidelser
- Referanser som sammenligner RAD med andre lidelser
- Referanser som ser på symptomer på utviklingsforstyrrelser

Alle artiklene ble vurdert opp mot inkludering- og ekskluderingskriteriene. Referansene til 59 artiklene ble så vurdert ut fra tittel og vurdert opp mot kriteriene. Mange nye referanser kunne være aktuelle og abstracts ble gjennomgått og vurdert. Etter vurdering av 59 artikler og deres referanser, er 33 referanser foreløpig inkludert.

Ved total oppsummering er 33 referanser foreløpig inkludert

Gruppe	Ref nr	Tittel
<b>Samspill</b>	327	Prediction of 7- year psychopathology from mother-infant joint attention behaviours: a nested case- controll study
	339	Predictors of diagnosis of child psychiatric disorder in adult-infant social- communicative interaction at 12 months
	527	Subjective and Objective measures of parent- child relationship dysfunction, child separation distress, and joint attention.
<b>Diagnoseverktøy</b>	381	The early origins of autism
	422	A new interactive screening test for autism spectrum disorders in toddlers
	437	Utility of the child behavior checklist as a screener for autism spectrum disorder
	461	Office screening and early identification of children with autism
	472	Identification of autism spectrum disorders using the child behavior checklist in Singapore
	504	Diagnosing autism spectrum disorder in children with low mental age
	374	Differential diagnosis of autism spectrum disorder and post traumatic stress disorder: Two clinical cases
<b>ASD/andre lidelser</b>	457	How useful are screening instruments for toddlers to predict outcome at age 4? General developmental, language skills, and



		symptom severity in children with a false positive screen for autism spectrum disorder
	467	Differentiating autism spectrum disorder for other developmental delays in the first two years of life
	480	Early childhood behavioral features that discriminate autism from other developmental problems in Japan
<b>RAD/andre lidelser</b>	99	Disorganized attachment and inhibitory capacity: Predicting externalizing problem behaviors
	222	Reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: callous-unemotional traits and comorbid disorders
	227	Incidence and comorbidity of reactive attachment disorder: based on national health insurance claims data, 2010-2012 in Korea
	273	Gender variations and symptom expression in reactive attachment disorder
	274	Attachment disorders versus more common problems in looked after and adopted children: comparing community and expert assessments
<b>Utviklingsforst</b>	360	The ESSENCE in child psychiatry: Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations
	497	Predictive value of subclinical autistic traits at age 14-15 months for behavioural and cognitive problems at age 3-5 years
<b>ASD/RAD</b>	3	Differensialdiagnostiske kriterier for autismspekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse
	11	Social relationship difficulties in autism and reactive attachment disorder: Improving diagnostic validity through structured assessment
	29	Psychiatric diagnostic screening of social maladaptive behavior in children with mild intellectual disability: differentiating disordered attachment and pervasive developmental disorder behaviour
	32	Autism and attachment difficulties: Overlap of symptoms, implications and innovative solutions
	39	Social use of language in children with reactive attachment disorder and autism spectrum disorders
	85	Taking care with attachment disorders and autistic-like traits: the potential significance of cognitive markers
	168	When autistic behavior suggests a disease other than classic autism
	488	Neurodevelopmental movement disorders- an update on childhood motor stereotypies
	489	Narrative responses as an aid to understanding the presentation of maltreated children who meet criteria for autistic spectrum disorder and reactive attachment disorder: a case series study
	490	Autism and reactive attachment/ disinhibited social engagement disorders: Co- occurrence and differentiation
	491	The frequency of restricted and repetitive behaviors in a community sample of 15. month old infants
	492	Early onset toe-walking in toddlers: A cause for concern?
	493	Clinical observations of the differences between children of the autism spectrum and those with attachment problems: the coventry grid

Fulltekst av disse ble lest. Etter veiledning var det kun referanser som gjennomførte studier og som sammenlignet RAD/DSED og ASD som ble inkludert. Alle fagartikler ble ekskludert. Stokke ble ikke inkludert da hun ikke fant noen studier. Inkluderte studier:

<b>EndNote</b>	<b>Forfatter</b>	<b>Tittel</b>	<b>Utgitt</b>
<b>11</b>	Davidson et al	Social relationship difficulties in autism and reactive attachment disorder: Improving diagnostic validity through structured assessment	2014
<b>39</b>	Sadiq et al	Social use of language in children with reactive attachment disorder and autism spectrum disorders	2012
<b>490</b>	Mayes et al	Autism and reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Co- occurrence and differentiation	2017

### Vedlegg 3. Tabell over de inkluderte studiene

Forfatter/årstall	Studiedesign/ analyse	Målsetting med studien, deltagere og setting	Måleinstrumenter	Resultat
<p><b>Sadiq, F.A., Slator, L., Skuse, D., Law, J., Gillberg, C. &amp; Minnis, H. (2012) UK</b></p>	<p>Historisk klinisk kohort?</p> <p>Deskriptiv informasjon for gruppene ble sammenlignet ved bruk av one-way ANOVA og Chi-square tests.</p> <p>Resultatene fra 3DI ble analysert for gruppe forskjeller ved bruk av Kruskal-Wallis tests.</p> <p>Gruppeforskjeller fra CCC skårene ble også undersøkt ved bruk av one-way ANOVA og, post hoc, uavhengig t tests.</p> <p>Chi-square test ble også brukt for å undersøke prosent forskjell hos deltakere som falt inn under klinisk grense for både CCC og the Pragmatic Composite Score.</p> <p>Spearman's korrelasjons test ble brukt for å undersøke forholdet</p>	<p>Hva slags pragmatisk språkvanske har barn med RAD, skiller de seg fra vanskene til barn med ASD?</p> <p>Kan bruk av standardisert målinstrument for autisme brukes til å skille på barn som har RAD og ASD?</p> <p>126 barn 5-8 år innenfor normalområdet for verbal IQ ble inkludert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 35 med RAD (22 gutter og 13 jenter)</li> <li>- 52 med ASD (44 gutter og 8 jenter)</li> <li>- 39 med normal utvikling (26 gutter og 13 jenter)</li> </ul>	<p>Foresatte for alle de 127 barna fullførte Children's communication checklist (CCC), spørreskjema med 70 spørsmål som utforsker språkvanser fortrinnsvis pragmatisk språk (sosialt bruk av språk i en kontekst) ved syv underkategorier.</p> <p>3DI, validert, data intervju for foreldre. Intervjuene etterligner ADI-R algoritme, ser på skår for ASD.</p> <p>BPVS, WASI og WISC- IV benyttet for å måle verbal IQ. WASI og WISC- IV</p>	<p><i>Pragmatisk språk:</i> Det kom fram signifikant forskjell i alle CCC-undergrupper unntatt Speech og Syntax.</p> <p>Begge de kliniske gruppene var ulik normalutvikling- gruppen i alle CCC-undergrupper foruten Speech, Syntax og Rapport. Ved Rapport var det kun RAD gruppen som viste differanse fra normalutvikling-gruppen.</p> <p>Det var signifikant forskjell i de kliniske gruppene ved Use of Context, Rapport og Social Relationships. RAD gruppen skåret dårligere enn ASD gruppen.</p> <p>Tabell 2 viser analyse justert for alder, kjønn og verbal IQ. Det ble sett signifikant forskjell i alle undergrupper med unntak av Speech og Syntax.</p> <p><i>Autistiske symptomer:</i> Det var signifikant forskjell mellom alle gruppene der ASD gruppen fikk høyest skår. Repetitive og stereotyp oppførsel var den mest differensierende med 80%</p>

	mellom verbal IQ og CCC undergrupper, verbal IQ og ADI-R algoritme skår og CCC undergrupper og ADI-R algoritme skår.			av de med ASD, 20% RAD og 0 % i normalutviklings-gruppen.
<b>Davidson, C., O`Hare, A., Mactaggart, F., Green, J., Young, D., Gillberg, C. &amp; Minnis, H. (2015) UK</b>	Tverrsnittstudie?  Mann Whitney test  Chi square analysis  Discriminant function analysis	Ser på om standardiserte metoder kan skille på ASD og RAD.  Forskningsspørsmålene var: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvordan er profilen på et barn med ASD på en standardisert evalueringsspakke for RAD; er det likheter og ulikheter?</li> <li>2. Hvilke symptomer, hvis noen, er best til å skille mellom de to gruppene?</li> </ol> 58 barn med ASD 67 barn med RAD	The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA-RAD)  The Teacher Relationship Problems Questionnaire (RPQ)  The Observation Schedule for RAD (OSR) studiet.  IQ ble målt med BPVS og WASI.  Comorbide diagnoser ble undersøkt med CAPA eller DAWBA.	Kognitive profiler viste forskjell på gruppene ASD og RAD. 44% i ASD gruppen hadde lav verbal IQ og signifikant høyere utførings IQ. (3 av barna viste motsatt). Ingen barn i RAD gruppen viste signifikant forskjell på verbal og utførings IQ.  Begge gruppene hadde co-morbide vansker som angst og ADHD. Men RAD hadde en høyere antall med disse co-morbide diagnosene og de hadde også høyere antall med atferdsvansker.  Barna med ASD ble undersøkt med RAD assessment package. 62% av barna med ASD hadde kriterier forenlig med RAD med CAPA-RAD.  Mann Whitney test viste en signifikant forskjell mellom gruppene på observasjonsresultatene, ved at RAD gruppen viste mer udiskriminerende atferd mot fremmede enn ASD gruppen.

				<p>Spørreskjema fra lærere viste ingen forskjell på RAD symptomer i gruppen med ASD og RAD.</p> <p>Foreldre rapporterte symptomer ble analysert med en Chi Square analyse for å undersøke signifikante forskjeller mellom RAD og ASD gruppene på symptomer forenlig med RAD. Det som skilte mest at RAD gruppen var mer oppmerksomhetssøkende og viste mer udiskriminerende atferd enn ASD gruppen.</p> <p>En discriminant function analyse ble brukt for å undersøke evaluering som best skiller mellom ASD og RAD og den viste at observasjon er helt klart det som best klarer å skille de to gruppene.</p>
<p><b>Mayes, S.D., Calhoun, S.L., Waschbusch D. A &amp; Baweja (2017)</b> USA</p>	<p>Tverrsnittstudie</p> <p>Totalt skår ved CASD ble sammenlignet mellom de tre gruppene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASD/DSED ikke ASD</li> <li>- RAD/DSED og ASD</li> <li>- Autisme- ikke RAD</li> </ul> <p>ANVOVA- analysis of covariance</p>	<p>Hensikten med artikkelen er å finne ut som barn kan møte kriterier for både ASD og RAD/DSED og å identifisere symptomer som skiller lidelsene.</p> <p>Utvalg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 486 barn med ASD</li> <li>- 20 barn med RAD/DSED</li> <li>- 4- 17 år</li> </ul>	<p>The Checklist for Autism Spectrum Disorder (CASD), ble brukt for å sammenligne autisme symptomer hos RAD- og ASD gruppen. Sjekkliste med 30 områder (Mayes, 2012).</p>	<p>Symptomer unike for ASD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restricted and obsessive interests</li> <li>- Repetitive stereotyped play (leker på rekke og rad)</li> <li>- Stereotypies (hand flapping and spinning)</li> <li>- Craving movement (excessive løping, hopping, snurring)</li> <li>- Stresset ved folkemengder</li> </ul>

	<p>Cohen`s d</p> <p>Fischer`s exact test</p> <p>Chi- square test</p>		<p>Klinikere som utførte CASD differensierte barn med og uten ASD med 99,5% nøyaktighet (Mayes, 2012).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasinasjon med repetitive bevegelser</li> <li>- Kresen i matveien (begrenset mat preferanser, hypersensivitet til konsistens)</li> <li>- Normal motorisk utvikling</li> <li>- Forsinket språkutvikling</li> <li>- Uvanlige redsler</li> <li>- Repetitiv speech</li> </ul>
--	--	--	--	--

Vedlegg 4. Sjekkliste for vurdering av kvaliteten på de inkluderte studiene  
 Vurdering Sadiq et al 2012

Nr	Spørsmål	Ja	Uklar	Nei
1	Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja Denne informasjonen kommer fram i sammendraget og mer detaljert i slutten av introduksjonen. To forskerspørsmål. Hvordan arter pragmatisk bruk av språk seg hos barn med RAD og er de ulike vansker fra barn med ASD Kan barn med RAD skiller fra barn med ASD ved hjelp av standardiserte måleinstrumenter for autisme		
2	Er en prevalensstudie velegnet metode for å besvare problemstillingen/spørsmålet?	Ja Studien har samlet inn data ved et tidspunkt for hver av gruppene, ønsker kunnskap om hvordan pragmatisk språk er hos RAD/DSED barn og om man kan differensiere mellom diagnosene. Ønsker å få kunnskap om diagnose. Studien beskriver at det er en historisk klinisk kohort. Men jeg kan ikke se at studien følger noen over tid slik jeg tenker en kohort er. Tenker metoden som er benyttet kan svare på problemstillingen. Ofte ved kohort studier er det årsakssammenhenger som utforsker, men det er ikke tilfelle her. Tenker derfor at denne sjekklisten kan være til nytte for å vurdere systematiske skjevheter.		
3	Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?	Ja Utvalget i RAD/DSED gruppen hentet fra klinikere som arbeider med barn og psykisk helse. ASD- utvalget ble rekruttert fra en spesial klinikk som mottar henvisninger fra hele UK. Klinikken var etablert for å assistere med vanskelige diagnostiske spørsmål hos barn som ikke hadde blitt formelt diagnostisert av lokale helsetjenester. Det var to grunner til at det var utfordrende å diagnostisere disse barna: 1. De hadde en høy funksjon 2. God språkutvikling.		
4	Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	Ja Mulig seleksjons skjevhet ved rekrutteringen av de tre gruppene. ASD ble rekruttert av en nasjonal spesialklinikk, ikke sikkert dette er representativt for alle barn med ASD i en større populasjon. Mulig bias ved rekruttering som førte til forskjeller i sosiale klasser mellom de tre gruppene. Har muligens ikke noen betydning.  Det studeres på sjeldne diagnoser og det er begrenset utvalg man har.		

		Står tydelig beskrevet hvordan dataene til deltagerne ble samlet i begge gruppene.
5	Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?	Ikke relevant, historiske data
6	Er svarprosenten høy nok?	Har benyttet de dataene de har.  Vanskelig å svar på om disse 126 deltagere er nok til å kunne besvare problemstillingen.
7	Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?	Ja  Valide målemetoder. Foreldre til alle barna fylte ut CCC. CCC er utviklet for å fange opp barn med muntlige og pragmatiske språkvansker. 3DI er et validert dataintervju med foreldre.
8	Er datainnsamlingen standardisert?	Ja  Historisk datainnsamling der noen prosedyrer har blitt endret. Er beskrevet på en ryddig måte.
9	Er dataanalysen standardisert?	Ja  Har benyttet ANOVA som er kjent for å sammenligne gjennomsnitt for ulike grupper. Figur 1 viser resultater før de er kontrollert for alder, kjønn og verbal IQ. Usikker på om dette har noe å si for vurderingen av resultatene. Tabell 2 viser resultater kontrollert for a/k/vIQ, som også viser P-verdi og prosentvis forskjell mellom lidelsene.
10	Hva er resultatene i denne studien?  Kan resultatene skyldes tilfeldigheter	Standardiserte foreldrerapporterte måleinstrumenter kan være til nytte i differensialdiagnostikken mellom RAD/DSED og ASD. Påviser for første gang at RAD også har problemer med sosialt språk.  Det var signifikant forskjell i de kliniske gruppene ved Use of Context, Rapport og Social Relationships.
11	Kan resultatene overføres til praksis?	Ja  Konklusjonen viser funn som kan være svært nyttig for praksis. Èn slik observasjonsstudie gir kunnskap om viktige forhold som kan testes ut i nye studier med annet design. Resultatene er hypotesegenererende. Samtidig er det nyttig kunnskap for praksis at også barn med RAD/DSED kan ha vansker med pragmatisk kommunikasjon. Alderen til deltagere er 5-8 år. Man kan tenke seg at pragmatisk kommunikasjon endrer seg med alder, kan endre seg både til det bedre og det



		<p>vanskeligere ved økt alder. Samtidig har studien ikke stor overføringsverdi på barn yngre enn 5 år, men samtidig er det vanskelig å tenke seg at det pragmatiske språket er bedre når barna er yngre.</p> <p>Overføringsverdien kan være forskjellig ut fra hvor i helsetjenesten du arbeider. I førstelinjetjenesten der man ikke setter diagnose, kan overføringsverdien være større enn i spesialisthelsetjenesten.</p>
12	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?	<p>Ja Uklar</p> <p>Andre studier viser også at det kan være mulig å skille på diagnosene RAD/DSED og ASD. Resultatene forteller også at foreldrerapporterte målemetoder kan være nyttig, studien til Davidson viser at strukturert observasjon er den mest nyttige målemetoden.</p>

#### Kvalitetsvurdering Davidsson et al 2015

Nr	Spørsmål	Ja	Uklar	Nei
1	Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja	Informasjon kommer i sammendraget og mer detaljert i slutten av introduksjonen. Hvordan er profilen på et barn med ASD på en standardisert evalueringsspakke for RAD: Er det likheter og ulikheter? Hvilket måleinstrument, hvis noen, kan best skille på RAD og ASD?	
2	Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen?	Ja	Søker å sammenligne, likheter og ulikheter mellom de to diagnosene.	
3	Er befolkningen som utvalget er tatt fra, klart definert?	Ja	Populasjonen er barn med ASD og RAD og det er klart definert. Demografisk oversikt kommer fram i tabeller.	
4	Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	Ja	RAD dataene var historiske, innhentet fra tre forskjellige studier. Rekrutterings strategi var ut fra en metode brukt i tidligere studie «RADAR» som rekrutterte lignende sampel size.  Målet var å rekruttere min 50 i hver gruppe og de klarte 58. Alder ok. Få jenter, særlig i ASD gruppen.	
5	Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem	Ja	RAD dataene var historiske, men i ASD gruppen var det 6 som droppet ut og de gjensto med 58 barn med ASD. Alle barn ble rekruttert fra to områder som var mainstream, dette er ikke	

	som ikke har respondert?	problematisert videre. De fikk totalt 52 barn fra Lothian og 6 barn fra Lanarkshire.
6	Er svarprosenten høy nok?	Ja Uklar Ved OSR fikk de ikke tak i alle dataene, men satt igjen med RAD n=50 og ASD n=52 som de skriver er sammenlignbare. Vanskelig å vite om dataene er store nok til å kunne besvare problemstillingene
7	Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?	Ja Hensikten med studiet er å bruke målemetoder for RAD på både RAD og ASD barn for å se hvordan profilen på et ASD barn er ved disse målemetodene. Så målemetodene er i utgangspunktet valider for RAD barn.  Det ble benyttet noe ulike måleinstrumenter ved datainnsamling, men de mener at til tross for dette hadde de nok data til å gjennomføre analysen slik de ønsket. Dette begrenset derfor ikke analysen.
8	Er datainnsamlingen standardisert?	Ja RAD dataene er historiske, men de forklarer at de valgte dette allikevel fordi det er en sjelden diagnose og det er vanskelig å bygge opp datasett med nok styrke for statistiske sammenligninger. RAD hadde nylig blitt delt inn i to diagnoser og dette er problematisert i «Limitations». Men de forsvarer dette ved at måleinstrumentene tatt i bruk sannsynligvis dekker dette.
9	Er dataanalysen standardisert?	Ja Mann Whitney test og Chi square analyse ble benyttet for å sjekke at forskjellene ikke er tilfeldige, men statistisk signifikant. Discriminant functions analysis ble benyttet for å undersøke hvilken metode som best så forskjell på Rad/DSED og ASD.
10	Hva er resultatene i denne studien?  Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?	I de fleste tilfeller var det mulig å differensiere mellom barn med ASD og RAD ved strukturerte observasjoner.  Det er oppgitt konfidensintervall og p-verdier, de statistiske analysene er beskrevet med tekst og tabeller. Liten sannsynlighet for at resultatene skyldes tilfeldigheter.
11	Kan resultatene overføres til praksis?	Uklar En observasjonsstudie er for lite grunnlag for endring av praksis, men helt klart interessante resultater som bør ses nærmere på. Både hva som kan differensiere lidelsene, men også at det er bruk av strukturert observasjon som kan være den beste målemetoden er interessante resultater. Hypotesegenererende resultater.
12	Sammenfaller resultatene i denne studien med	Sammenfaller med andre studier om at det er mulig å differensiere mellom RAD/DSED og ASD.

	resultatene i andre tilgjengelige studier?	
--	--	--

### Kvalitetsvurdering Mayes et al 2017

Nr	Spørsmål	Ja	Uklar	Nei
1	Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja	Informasjon kommer i sammendraget og i slutten av introduksjonen.	
2	Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen på?	Ja	Studiet ønsker å sammenligne RAD og ASD.	
3	Er befolkningen som utvalget er tatt fra, klart definert?	Ja	Utvalget er nødvendigvis ikke representativt for den generelle populasjonen av barn med RAD.	
4	Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	Ja	<p>Alle barna hadde blitt inkludert da de var henvist til deres klinikk, Department of Psychiatry Child Diagnostic Clinic. Ikke nødvendigvis representativt for alle barn utsatt for omsorgssvikt. Forskjell i alder, RAD barna litt eldre, de statistically controlling for age. Se om de benytter Davindson, når og på hvilken måte.</p> <p>20 RAD barn, alder, kjønn 50% gutter, begrepet White ble brukt ifh til etnisitet 70%. Det er også beskrevet at alle RAD barna hadde fått andre omsorgspersoner. De fleste hadde blitt omplassert (n=16) og 4 hadde blitt adoptert. Comorbide diagnoser var beskrevet.</p> <p>ASD barna, hadde hadde blitt hevist til klinikken. 486 barn, alder, kjønn 85% gutter, etnisitet 92% White.</p>	
5	Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert.		Ikke relevant, det er eventuelt skjevhet i utvalget som er interessant.	
6	Er svarprosenten høy nok?		Ikke relevant	

<b>7</b>	Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?	Ja  The Checklist for Autism Spectrum Disorder (CASD) ble benyttet for å sammenligne RAD og ASD. CASD er normed og standardisert på 2469 barn (1-16 år) med ASD, andre kliniske diagnoser og normal utvikling (Mayes 2012). Flere studier viser at CASD brukt i klinikken kan med svært høy prosent skille mellom barn med ASD og andre diagnoser og normal utvikling. Skriver at det ikke er noen standardisert RAD/DSED måleinstrument som har diagnostisk valide data, viktig å utvikle i fremtiden.
<b>8</b>	Er datainnsamlingen standardisert?	Ja  Se under diagnostiske prosedyrer.
<b>9</b>	Er dataanalysen standardisert?	Ja Benytter kjente statistiske metoder.
<b>10</b>	Hva er resultatene i denne studien?  Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?	Studien viser at RAD/DSED og ASD kan co-exist (de motbeviser det som er tidligere antatt) og at symptomer unike for ASD kan skille barn med RAD/DSED som ikke har ASD med 100% nøyaktighet.  Resultatene oppgis med forskjellige statistiske estimater, lite sannsynlig at resultatene skyldes tilfeldigheter.
<b>11</b>	Kan resultatene overføres til praksis?	Ja  Da vanligvis ikke ett enkelt studiet kan ikke endre praksis, kanskje det er unntak her. Særlig med tanke på at resultatene viser at barn kan ha begge diagnoser.
<b>12</b>	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?	Ikke relevant, ingen lignende studier.

Vedlegg 5. GRADE kvalitetsvurdering av dokumentasjon

Kvalitetsvurdering av dokumentasjon ved GRADE								
Antall studier	Design	Studiekvalitet	Konsistens	Direkthet	Presisjon	Rapporterings-skjevhet	Oppgraderende kriterier	Kvalitet
<b>Udiskriminerende atferd</b>								
3	Observasjonsstudier	Ingen alvorlige begrensninger	Noe forskjellige resultater, må utforskes nærmere	Valide målemetoder. Resultatene kunne vært generaliserbare hvis flere studier viste det samme	Utfallet blir sammenlignet i alle tre studiene	Ingen grunn til å tro at det foreligger rapporterings-skjevheter	Noe sammenheng	XX Lav kvalitet
<b>Gjensidig interaksjon</b>								
3	Observasjonsstudier	Ingen alvorlige begrensninger	Det er samsvar på utfallsmålene i alle studier	Valide målemetoder. Generaliserbare resultater der flere studier viste det samme. Må se nærmere på atferd innenfor gjensidig interaksjon	Utfallet blir sammenlignet i alle tre studiene	Ingen grunn til å tro at det foreligger rapporterings-skjevheter	Sterke sammenhenger	XXX Middels kvalitet