

BVC:s unika roll – att fånga upp autism tidigt

Erfarenheter av nya rutiner i barnhälsovården i Göteborg



GU DRUN NYGREN, överläkare, specialist i barnmedicin och barnpsykiatri, BUP-mottagningen Kungsbacka; projektledare, Centrala barnhälsovårdsenheten, Göteborg; doktorand, Sahlgrenska akademien, Göteborg gudrun.m.nygren@vgregion.se
EVA SANDBERG, logoped, enheten för barnlogopedi, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus och Centrala barnhälsovårdsenheten, Göteborg

THOMAS ARVIDSSON, barnhälsovårdsöverläkare, projektansvarig, Centrala barnhälsovårdsenheten, Göteborg
CHRISTOPHER GILLBERG, professor, överläkare, barnneuropsykiatriska enheten, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg; Institute of Child Health University College, London/Strathclyde and Glasgow University, Glasgow

Omfattande forskning under det senaste årtiondet har visat att tidig upptäckt av autismspektrumtillstånd och möjlighet till tidiga behandlingsinsatser har stor betydelse för barnets fortsatta utveckling och prognos [1, 2]. Våra erfarenheter från Göteborg talar för att det saknas kunskap om och rutiner för att känna igen autism hos små barn. Det saknas också förutsättningar för ett effektivt samarbete i form av en vårdkedja från barnvårdscentralerna (BVC) till enheterna för utredning och insatser för dessa barn. Ofta har barnen kommit upp i skolåldern innan diagnos ställts.

Utifrån denna bakgrund påbörjades under 2009 ett småbarnsprojekt i Göteborg med fokus på tidiga tecken på autism och andra avvikelser i kontakt och kommunikation. Projektet, kallat »Tidig upptäckt – tidiga insatser«, omfattar tre delar: tidig upptäckt (alla BVC i Göteborg), utredning och diagnostik (enheten för barnneuropsykiatri vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus) och tidiga, mångsidiga insatser (barn- och ungdomshabiliteringen). Projektets målsättning är att tidigt upptäcka autism och andra utvecklingsavvikelser i kontakt och kommunikation, att utveckla en effektiv utrednings- och vårdkedja samt att få snabb tillgång till individuellt anpassade behandlingsinsatser för barn med autism. Projektet följs av flera forskningsstudier. Här presenterar vi kunskapsläget kring projektet och implementeringen av nya metoder inom barnhälsovården i Göteborg.

Autism

Autism debuterar tidigt, redan under barnets första levnadsår, och symtomen har stor inverkan på barnets utveckling. För barnet innebär det brister i förmågan att utveckla socialt samspel med andra och i att kommunicera med ömsesidighet, såväl språkligt som icke-språkligt. Samtidigt finns begränsningar och avvikelser i beteendet. Autismspektrumtillstånd är biologiskt grundade funktionsnedsättningar med multi-

faktoriell, ofta polygenetisk bakgrund [3, 4]. Olika pre-, peri- och postnatala riskfaktorer kan ha betydelse. Symtomen yttar sig olika hos olika individer och varierar i svårighetsgrad. Epidemiologiska studier i Europa och USA under 2000-talet visar att prevalensen av autismspektrumtillstånd är ca 1 procent [5, 6]. Kunskapen hos professionella vad gäller att känna igen och diagnostisera autism har ökat, likaså kännedomen om symtombilden i samhället i stort, vilket kan förklara den ökade prevalensen. Trots det saknas ofta rutiner för hur upptäckt ska leda till diagnos och insatser.

Tidiga tecken på autism

För 20 år sedan publicerades i svenska studier de första beskrivningarna av symtombilden hos barn under 3 års ålder och den tidiga diagnostiken [7, 8]. Under det senaste årtiondet har det internationellt funnits ett särskilt intresse för och fokus på den tidiga symtombilden vid autism. Drivkraften i forskningen är framför allt målsättningen att genom tidig upptäckt av de första symtomen med interventioner kunna förändra sjukdomsförloppet, öka inlärningsförmågan, lindra symtomen och förhindra sekundära beteendeproblem [9, 10].

Eftersom den biologiska bakgrunden är multifaktoriell och symtombilden varierar finns det inte något enskilt »prodromalt symtom« som alltid visar sig som första symtom. Det är möjligt att vi i framtiden, genom genetisk forskning och ökad kunskap om epigenetiska faktorerets betydelse, kommer att ha en annan beredskap för tidig upptäckt och kunskap om olika utvecklingsprofiler. Kunskapen i dag grundar sig till stor del på retrospektiva undersökningar av barn som fått diagnosen autism, liksom på sk högriskbarn (syskon till barn med autism), som följts från nyföddhetsperioden och där en del utvecklat autism och andra inte.

De symtom som konsekvent återkommer i studier är bl a relaterade till bristande förmåga att utveckla ömsesidighet i samspel och kontakt med andra, dvs förmåga till delad uppmärksamhet (joint attention) [11]. Sådan delad uppmärksamhet kan vara initierad av barnet eller den som barnet är i samspel med. Delad uppmärksamhet handlar om att två personer visar tydliga tecken på att samtidigt uppfatta en yttre händelse eller ett föremål, tex genom ögonkontakt eller genom si-

»Autism debuterar tidigt, redan under barnets första levnadsår, och symtomen har stor inverkan på barnets utveckling.«

■ sammanfattat

Autism innebär stora brister i förmågan att utveckla social kommunikation med andra och stora begränsningar i beteenderepertoaren.

Symtomen debuterar under de första levnadsåren och har inverkan på barnets utveckling.

Prevalensen av autismspektrumstörningar är ca 1 procent.

Bakgrunden är biologisk och multifaktoriell. Det finns ingen specifik biologisk markör.

Kunskap om tidiga symtom är avgörande för tidig upptäckt av autism. BVC-personal har en nyckelroll.

Tidig upptäckt ger möjlighet till behandlingsinsatser av betydelse för barnets fortsatta positiva utveckling och prognos.

Det behövs nationella riktlinjer för screening inom barnhälsovården och en fungerande vårdkedja för diagnostik och behandlingsinsatser för små barn med autism.



Figur 1. Förmåga till delad uppmärksamhet hos 2-åring. Barnet pekar på något det vill ha (till vänster) och pekar för att uppmärksamma andra på något intressant (till höger).



multant visad glädje eller förvåning över det som observerats (Figur 1). Denna förmåga anses vara grunden för att barnet ska kunna utveckla fortsatta färdigheter för kontakt och samspel. Förmågan utvecklas stegvis från att barnet kan känna igen och hålla ögonkontakt med föräldern, ge svarsleende och under de följande månaderna utveckla kommunikation med pekning, gester, variation i joller och så småningom mer språk. Kunskapen om hur förmågan till delad uppmärksamhet utvecklas ger möjlighet att tidigt reagera när avvikelser finns.

Vid bristande förmåga är följande symtom vanliga: avvikande ansiktsmotorik med nedsatt mimik, bristande ögonkontakt och förmåga att söka ögonkontakt, fördröjd eller utebliven respons när barnet tilltalas vid namn, avsaknad eller bristande förmåga att följa andras pekning och att själv peka på något för att dela intresse [11-14]. Andra möjliga tidiga symtom vid autismspektrumtillstånd är sensoriska och motoriska avvikelser, repetitiva beteenden och fixering vid föremål. Tidiga uttalade sömnproblem och uppfödningssproblem är vanliga.

Föräldrar uttrycker ibland att de direkt, från de första levnadsåren, upplevt att något varit avvikande i kontakten med barnet. Mer vanligt är att de första symtomen beskrivs kring 12–18 månaders ålder. Föräldrar framför ofta oro för försenad språkutveckling under andra levnadsåret, och vid 18 månader är flera symtom tydliga [14, 15]. Det förekommer att utvecklingen beskrivs ha förlöpt helt normalt fram till en avplaning och i vissa fall tillbakagång efter 18 månaders ålder. Hos barn som, ofta först under skolåren, får diagnosen Aspergers syndrom är det vanligt att de tidiga symtomen varit mer subtila.

Screening

Generellt ger standardiserade screeninginstrument ökad precision i upptäckten av utvecklingsavvikelser. Språkscreening har införts på många håll i vårt land under de senaste åren. Tidiga avvikelser i utvecklingen av språk och kommunikation har visat sig vara en viktig indikator för risken för fortsatta svårigheter i barnets utveckling.

I den språkscreening som Miniscalco et al validerat för screening vid 2,5 års ålder framgick att 6 procent av alla barn som screenats i en population vid denna ålder hade avvikande språkutveckling [16]. Uppföljning och utredning av dessa barn vid 7 års ålder visade att 70 procent hade andra betydande svårigheter, såsom generella inlärningssvårigheter, ADHD eller autismspektrumtillstånd [17]. Av dessa hade majoriteten



Figur 2. Lätsaslek.

också kvarstående språkproblem. Dessutom fanns det en grupp barn som »bara« hade kvarstående språkproblem. Avvikande språkutveckling ger ofta anledning till kompletterande bedömningar i multidisciplinära team. I Göteborg infördes språkscreening vid 2,5 års ålder under år 2008.

Internationella erfarenheter av autismscreening

Internationellt används och studeras olika screeningmetoder, både populations- och sk högriskscreening. Sedan det första instrumentet för populationsscreening, Checklist for autism in toddlers (CHAT), utvecklades i svensk-engelskt samarbete på 1990-talet [18] har flera andra instrument och modifieringar av CHAT utarbetats. I USA gav American Academy of Pediatrics år 2007 rekommendationer om autismscreening av alla barn vid 18 och 24 månaders ålder [19].

Det längre fram mer i detalj beskrivna frågeformuläret, Modified checklist for autism in toddlers (M-CHAT), har utarbetats och validerats i USA för barn i åldern 16–30 månader [20] och senare översatts till flera språk. För populationsscreening har CHAT-23, en kinesisk översättning och modifiering av instrumentet, rapporterats ha hög sensitivitet och specificitet [21]. Från Japan har nyligen en studie publicerats om screening, omfattande olika steg för upptäckt av autism och utgående från screening med Young autism and other developmental disorders checkup tool (YACHT-18) vid 18 månaders ålder [22].

Screeninginstrument är i sig inte tillräckliga utan kunskap, ansvarig personal. I en studie från Nederländerna visade man

att autismspektrumtillstånd diagnostiserades betydligt tidigare i en region där personalen fått utbildning om autism och där ett screeningformulär, Early screening of autistic traits questionnaire (ESAT), användes vid misstanke om autism än i en kontrollregion där personalen inte fått samma utbildning och där screeningformulär inte användes [23]. Det finns också erfarenheter som talar för att pågående screeningverksamhet ger en speciell vaksamhet på symtom, men om verksamheten upphör sjunker kunskapsnivån och upptäckten av symtom fördröjs.

Ålder vid autismscreening

Valet av tidpunkt för screening är relaterat till kunskapen om diagnostik av små barn. När det gäller tidig diagnostik av autism/autismspektrumtillstånd finns det ett antal studier som visar att en diagnos ställd vid 2 års ålder generellt är stabil över tid [24-27]. Det finns en strävan att utarbeta screening-instrument som fångar tidiga symtom från första levnadsåret. För tidig screening innebär dock risk för många falskt positiva fall då det kan vara svårt att skilja autismspektrumtillstånd från andra utvecklingsavvikelser [28-30]. Samtidigt är risken hög för att reella positiva fall missas. Studier har visat att föräldrar till barn med autism ofta känner den första oron då barnet är i åldern 15-22 månader. Föräldrars oro ger breddskap att gå vidare i screening och utredning. De flesta barn kommer till förskola vid 1,5-2 års ålder, och då blir svårigheterna hos barn med autismspektrumtillstånd mer tydliga för både personal och föräldrar.

Mot en för tidig populationsscreening talar det faktum att vissa barn med autism har en avplaning och i vissa fall en regression i utvecklingen vid 18-24 månaders ålder [31-32]. I en nyligen publicerad svensk studie av Fernell et al [33] beskrivs utvecklingsprofilerna hos förskolebarn som kommit för autismutredning. Många föräldrar beskrev en period av regression och i 20/208 fall beskrevs regressionen ha inträffat efter att utvecklingen tidigare uppfattats som normal. Barn med normal begåvningsnivå och Aspergers syndrom missas även i högre grad vid för tidig screening. Sammantaget finns det i dag tydligast evidens för populationsscreening vid ca 2 års ålder. För riktad screening av barn med ökad risk gäller naturligtvis andra riktlinjer.

Screeninginstrument för autism

Ett screeninginstrument som ska användas för populationscreening måste vara kortfattat, inte för tidskrävande, lätt att administrera, ha tydliga utfallsgränser (cut off) och vara möjligt att använda i samband med annan hälsokontroll. Instrumentet bör ha acceptabelt positivt prediktionsvärde (PPV, positive predictive value), dvs andel barn som korrekt identifieras med metoden, och även vara validerat i relation till klinisk diagnos och diagnostiska instrument.

Screeninginstrumenten har utarbetats framför allt som frågeformulär till föräldrar och som strukturerade observationer gjorda av personer som fått utbildning. Föräldrafrågor är lätta att administrera och sannolikt det mest kostnadseffektiva. Å andra sidan ger observationer gjorda av personer med kunskap om barns utveckling och om tidiga tecken på autism möjlighet till mer objektiv information. Bristande förmåga till delad uppmärksamhet är ett kärnsymtom vid autism, och skattning av denna förmåga utgör grunden i de screeninginstrument som utarbetats.

M-CHAT

Flera välgjorda studier talar för att M-CHAT är ett värdefullt instrument för tidig upptäckt av autismspektrumtillstånd i

■ fakta 1. Frågor till föräldrar i M-CHAT

- Frågorna besvaras med ja eller nej.
1. Tycker ditt barn om att bli hissad i luften eller studsas på ditt knä etc?
 2. Är ditt barn intresserat av andra barn?
 3. Tycker ditt barn om att klättra på saker, exempelvis uppför trappor?
 4. Tycker ditt barn om att leka tittut/kurragömma?
 5. Låtsas ditt barn någonsin tex tala i telefon eller ta hand om en docka eller låtsas något annat?
 6. Använder ditt barn någonsin sitt pekfinger för att peka för att be om något?
 7. Använder ditt barn någonsin sitt pekfinger för att peka, för att visa sitt intresse för något?
 8. Leker ditt barn på vanligt sätt med små leksaker (tex bilar eller klossar) utan att bara stoppa dem i munnen, pillra på dem eller tappa dem?
 9. Tar ditt barn med saker till dig (som förälder) för att visa dig något?
 10. Tittar ditt barn dig i ögonen i mer än en sekund eller två?
 11. Verkar ditt barn någonsin överkänsligt för ljud (håller tex för öronen)?
 12. Ler ditt barn tillbaka som svar på ditt ansiktsuttryck eller ditt leende?
 13. Härmar ditt barn dig? (om du tex gör en grimas – härmar ditt barn dig då?)
 14. Reagerar ditt barn på sitt namn när du kallar på henne/honom?
 15. Om du pekar på en leksak tvärs över rummet, tittar ditt barn på leksaken då?
 16. Kan ditt barn gå?
 17. Tittar ditt barn på de saker som du tittar på?
 18. Gör ditt barn ovanliga fingerrörelser nära sitt ansikte?
 19. Försöker ditt barn få din uppmärksamhet på sin egen aktivitet?
 20. Har du någonsin undrat om ditt barn är döv?
 21. Förstår ditt barn vad folk säger?
 22. Stirrar ditt barn ibland ut i luften eller irrar omkring utan mening?
 23. Tittar ditt barn på ditt ansikte för att undersöka din reaktion när barnet möter något främmande?
- Efter Robins et al; 1999. Svensk översättning Almgren I, et al, 2008.
Frågorna 2, 7, 9, 13, 14 och 15 är centrala. Utfallsgräns: Avvikelse i två centrala eller tre av vilka som helst av frågorna.
Frågorna med intervjudel kan laddas ner från <http://www.mchatscreen.com>.

barnhälsovården (Fakta 1). Det är ett frågeformulär till föräldrar med 23 frågor, som besvaras med ja/nej. Det har sitt ursprung i CHAT och har vidareutvecklats i USA [20] med målsättningen att förbättra sensitiviteten och användas för screening i åldern 16-30 månader. Instrumentet har validerats i USA och har därefter använts i flera studier både för högrisk- och för populationsscreening [34-37].

Man har funnit att sex av de 23 frågorna bäst diskriminerar för autism, och de benämns centrala. Utfallsgränsen i föräldrafrågorna är avvikelse i två centrala frågor eller avvikelse i tre frågor, vilka som helst av de 23. En uppföljningsstudie [35] har dock visat att användning av enbart M-CHAT i populationscreening ger för många falskt positiva fall, medan tilllägg av en strukturerad intervju av föräldrar kring de frågor som gett utfall förbättrar PPV till tillfredsställande nivå.

Screeninginstrumentets träffsäkerhet för autismsdiagnos, PPV, i olika åldersintervall har jämförts [36]. Slutsatsen var att populationsscreening vid 24 månader gav ett tillfredsställande PPV, medan PPV vid 18 månader var betydligt lägre. Även om värdet i den senare gruppen var lågt fann man att de flesta barn som fallit ut i screening oavsett åldersgrupp hade utvecklingsneurologiska avvikelser. M-CHAT har översatts till många språk och är möjligt att hämta på nätet. Bland övri-

ga översättningar på nätet finns nu även vår svenska version inkluderande en uppföljningsintervju. Utifrån vår pågående studie kommer instrumentet att valideras för svenska förhållanden.

Autismscreening vid 2,5 års ålder i Göteborg

I barnhälsovårdsprogrammet ingår en hälsokontroll vid 2,5 års ålder, och i Göteborg har språkscreening introducerats vid 2,5 års ålder från 2008. För att som en del i det ordinarie hälsoprogrammet införa autismscreening valde vi därför 2,5 års hälsobesök för såväl språk- som specifik autismscreening. Vid detta besök har BVC-sjuksköterskan en nyckelroll. För att möjliggöra denna viktiga bedömning har satsning på utbildning varit avgörande. Den har innefattat föreläsningar om milstolpar i barnets utveckling av kontakt och kommunikation och innebörden av avvikelser samt autism hos små barn. Genomgång av screeningmetoder och handläggning vid avvikelser har hållits i mindre grupper i BVC-verksamheterna. Ett skriftligt utbildningsmaterial har utarbetats.

Screeningen innefattar:

Språkscreening. 1. Frågor till föräldrarna 2. Bedömning av barnets språk och kommunikation vid besöket (med särskilt avsett arbetsmaterial) [16].

Specifik autismscreening. 1. Frågor till föräldrarna enligt M-CHAT (Fakta 1) inkluderande uppföljningsintervju vid utfall. 2. Observation av förmågan till delad uppmärksamhet (joint attention) (Fakta 2).

Föräldrafrågorna skickas hem tillsammans med en inbjudan till besöket (men kan även besvaras i väntrummet). Observationen är en modifierad form (G Nygren) av den som ingår i CHAT och utförs av BVC-sjuksköterskan. Fokus är barnets förmåga till delad uppmärksamhet, och bedömningen görs i fem moment. Barnets förmågor kan bedömas i olika situationer vid BVC-besöket, t.ex. i väntrummet, på väg in i undersökningsrummet, under språkscreeningen och i en leksituation (Figur 2). Den sammanlagda tiden för bedömning av språk, kommunikation och förmåga till delad uppmärksamhet beräknas till 15–20 minuter. 60 minuter avsätts för hela besöket. Detta möjliggör handläggning om screeningen ger utslag, t.ex. för den kompletterande intervjun som görs om frågorna i M-CHAT visar avvikelse samt för samtal med föräldrar om den fortsatta planeringen.

Utfall i språkscreening. Som förväntat blir det utslag för flera barn enbart i språkscreeningen. Dessa barn bedöms och får insatser av logoped. Vid betydande språkavvikelser behövs ett helhetsperspektiv. Ofta behövs bedömning hos BVC-psykolog och läkare. Vissa barn med autismspektrumstörning kommer via språkbedömning att återkomma för kompletterande diagnos. För föräldrarna kan språkavvikelsen vara mer tydlig, och logopedbedömning är då lättare att motivera.

Utfall i autismscreening. Ett preliminärt utfall i M-CHAT säkras med en uppföljningsintervju för att utesluta missförstånd och falskt positiva fall. Om definitivt utfall bekräftas

»Kombinationen av frågeformulär och strukturerad observation är ett bra utgångsläge för samtal med föräldrarna.«

■ fakta 2

Observation av förmågan till delad uppmärksamhet (joint attention) (modifierad av G Nygren; utvärderas i en aktuell studie)

- Reagerar barnet på sitt namn? (Vänder sig mot den som tilltalar)
- Söker barnet ögonkontakt med dig?
- Kan barnet följa med blicken när du pekar på något längre bort i rummet?
- Använder barnet sitt pek-

finger för att peka på något (t.ex. i en bok)?

- Kan barnet samverka/leka tillsammans med dig eller föräldern i en låtsaslek (t.ex. mata en docka, lägga dockan i säng för att sova och under leken stämma av/kontrollera med ögonkontakt om du tittar på)?

Utfallsgräns: Avvikelse i två eller flera av momenten. Detta föranleder vidare utredning, oberoende av resultaten i M-CHAT.

vid intervjun behövs fortsatt utredning. Ett definitivt utfall är även avvikelse i två eller flera moment vid observation av förmåga till delad uppmärksamhet. Det föranleder vidare utredning oberoende av resultatet från M-CHAT. Efter autismscreeningens utfall kallas familjen till besök hos läkare och sjuksköterska på BVC. Läkaren ansvarar för helhetsbedömningen, eventuella remisser och informerar familjen om den fortsatta planeringen.

Erfarenheter och preliminära resultat

Sedan ett år tillbaka har screening genomförts på alla barn vid 2,5 års ålder i delar av Göteborg och sedan början av 2010 i hela Göteborg (ca 6 000 barn per år). Många BVC-sjuksköterskor och läkare uttrycker, bl.a. i en av oss utförd pilotstudie, att de fått ett annat förhållningssätt till och en annan vaksamhet på svårigheter i kontakten och samspel med barnet («vi har fått ett redskap»). Kombinationen av frågeformulär och strukturerad observation är ett bra utgångsläge för samtal med föräldrarna om barnets utveckling.

Observation av barnet är möjlig att genomföra i de flesta situationer och oberoende av familjens språk. I stadsdelar med många språkgrupper är möjligheten till föräldrafrågor på föräldrars eget modersmål en vinst. När metoderna för screening av alla 2,5-åringar etablerats finns kunskap och beredskap för bedömning av barn även vid övriga hälsobesök. Metoderna för screening beskrivs underlättat samarbetet mellan läkare och sjuksköterska och samtalen med familjen. Responser från föräldrarna har i en första pilotstudie generellt varit mycket positiv, men fortsatta studier behövs.

Kunskapen om tidiga tecken på autism och screening leder till tidig upptäckt och diagnos. Tidiga tecken kan förekomma övergående hos ett barn som senare utvecklas helt normalt. Tidiga tecken kan även vara en del i ett annat sjukdomstillstånd eller symtom på andra utvecklingsavvikelser. Det är viktigt att framhålla att screeningresultat och/eller misstänkta tidiga tecken aldrig är detsamma som diagnos. En vidare utredning av barnet behöver alltid göras. Allt flera barn får möjlighet till individuellt riktade insatser från tidig ålder.

De första preliminära resultaten visar att samtliga barn som upptäckts genom den specifika autismscreeningen vid fortsatt utredning bekräftats ha svårigheter som föranlett behandlingsinsatser. De flesta har autism som huvudsaklig diagnos, i något fall har en annan utvecklingsneurologisk diagnos ställts. Utifrån prevalensen 1 procent för autismspektrumtillstånd kan vi räkna med ca 60 barn av 6 000 screenade. De första resultaten talar för att de använda metoderna möjlig-

gör upptäckt av majoriteten av dessa barn. Under det första halvåret 2010 har ett 30-tal barn i 2–3-årsåldern fått en huvuddiagnos inom autismspektrumet efter utredning.

Risker med screening

Ett screeninginstrument kan aldrig bli 100 procent täckande. Vi kommer fortsatt att missa barn. Fortsatt är BVC-läkarens och sjuksköterskans kunskap avgörande för tidig upptäckt. Det kan finnas risk för att föräldrar i onödan blir oroade, men denna risk måste vi ta för alla de barn för vilka screening ger möjlighet till en mer positiv utveckling och prognos.

Konklusion

Autismscreening uppfyller de kriterier WHO ställt för populationsscreening [38]. Prevalensen 1 procent indikerar att autismspektrumtillstånd inte är sällsynta. Autism innebär en allvarlig funktionsnedsättning och inverkan på barnets framtida utveckling. Symtomen visar sig under de första levnadsåren. Från forskning finns det starkt stöd för tidiga behandlingsinsatser betydelse för barnets utveckling. Retrospektiva studier visar att föräldrar ofta tidigt framfört oro för sitt barn men att diagnosen autism ställts först flera år senare.

Den språkscreening som vi har vid 2,5 års ålder är ett värdefullt instrument i barnhälsovården för upptäckt av språkavvikelse och annan utvecklingsneurologisk avvikelse men är inte specifik för autismspektrumtillstånd. Utifrån den kunskap vi har om tidiga tecken på autism, om språkscreening och hälsobesök på BVC bedömer vi det angeläget med en riktad specifik autismscreening. Detta belyses även i en nyligen publicerad studie [39].

Vår målsättning har varit att få fram en optimal metod för screening och tidig upptäckt av autism inom ramen för barnhälsovårdsprogrammet. Valet av metod är en kombination av två instrument. M-CHAT har grundförutsättningen att instrumentet validerats för populationsscreening av denna åldersgrupp. Tillgången till M-CHAT på många språk är en

»Kunskapen och erfarenheterna hos BVC-personalen bedömer vi vara den mest avgörande faktorn.«

vinst för en stad med många språkgrupper. Kunskapen och erfarenheterna hos BVC-personalen bedömer vi vara den mest avgörande faktorn. Därför ingår i vår modell en strukturerad observation av förmågan till delad uppmärksamhet.

För att möjliggöra screening inom barnhälsovårdsprogrammet sker sådan nu i Göteborg vid 2,5 års hälsobesök, men vi betonar vikten av att fånga upp symtom och utvecklingsavvikelse hos enskilda barn så tidigt som möjligt. Utifrån aktuell forskning skulle en än mera optimal tidpunkt för screening vara vid 20–24 månaders ålder om en sådan var möjlig att införa som en del i hälsoprogrammet.

Vi behöver få fram nationella riktlinjer anpassade för svenska förhållanden för tidig upptäckt och autismscreening som del i barnhälsovårdsprogrammet. Barnhälsovården har en nyckelroll, och det behövs därför resurser för utbildning av BVC-personal. Tidig upptäckt och screening måste ske i ett sammanhang där det finns team med bred kunskap i diagnostik av utvecklingsavvikelse generellt och specifikt om autism hos små barn. Varje barns individuella svårigheter och styrkor behöver belysas för att individuellt riktade insatser ska kunna erbjudas. Utifrån pågående studier i Göteborg vill vi gärna bidra i detta spännande arbete för att ge barn med autism förutsättningar till en positiv utveckling och prognos.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

[Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se](#)

REFERENSER

- Ospina MB, Krebs Seida J, Clark B, Karkhaneh M, Hartling L, Tjosvold L, et al. Behavioural and developmental interventions for autism spectrum disorder: a clinical systematic review. *PLoS One*. 2008;3(11):e3755.
- Rogers SJ, Vismara LA. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(1):3-38.
- Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res*. 2009;65(6):591-8.
- Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol*. 2008;20(3):775-803.
- Mundy P, Sullivan L, Mastergeorge AM. A parallel and distributed-processing model of joint attention, social cognition and autism. *Autism Res*. 2009;2(1):2-21.
- Osterling JA, Dawson G. Early recognition of children with autism: a study of first birthday home videotapes. *J Autism Dev Disord*. 1994;24(3):247-57.
- Bryson SE, Zwaigenbaum L, Brian J, Roberts W, Szatmari P, Rombough V, et al. A prospective case series of high-risk infants who developed autism. *J Autism Dev Disord*. 2007;37(1):12-24.
- Kleinman JM, Ventola PE, Pandey J, Verbalis AD, Barton M, Hodgson S, et al. Diagnostic stability in very young children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2008;38(4):606-15.
- Miniscalco C, Nygren G, Hagberg B, Kadesjö B, Gillberg C. Neuropsychiatric and neurodevelopmental outcome of children at age 6 and 7 years who screened positive for language problems at 30 months. *Dev Med Child Neurol*. 2006;48(5):361-6.
- Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *Br J Psychiatry*. 1992;161:839-43.
- Johnson CP, Myers SM. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2007;120(5):1183-215.
- Robins D, Fein D, Barton M, Green J. The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. 2001;31(2):131-44.
- Oosterling LJ, Wensing M, Swinkels SH, van der Gaag RJ, Visser JC, Woudenberg T, et al. Advancing early detection of autism spectrum disorder by applying an integrated two-stage screening approach. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(3):250-8.
- Charman T, Taylor E, Drew A, Cockerill H, Brown JA, Baird G. Outcome at 7 years of children diagnosed with autism at age 2: predictive validity of assessments conducted at 2 and 3 years of age and pattern of symptom change over time. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(5):500-13.
- Trillingsgaard A, Ulsted Sørensen E, Nemeč G, Jørgensen M. What distinguishes autism spectrum disorders from other developmental disorders before the age of four years? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14(2):65-72.
- Chawarska K, Paul R, Klin A, Han-nigen S, Dichtel LE, Volkmar F. Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2007;37(1):62-72.
- Dumont-Mathieu T, Fein D. Screening for autism in young children: The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) and other measures. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2005;11(3):253-62.
- Kleinman JM, Robins DL, Ventola PE, Pandey J, Boorstein HC, Esser EL, et al. The modified checklist for autism in toddlers: a follow-up study investigating the early detection of autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2008;38(5):827-39.
- Pandey J, Verbalis A, Robins DL, Boorstein H, Klin AM, Babitz T, et al. Screening for autism in older and younger toddlers with the Modified Checklist for Autism in Toddlers. *Autism*. 2008;12(5):513-35.
- Robins DL. Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. *Autism*. 2008;12(5):537-56.