

Måleegenskaper ved den norske versjonen av Fem til femten (5–15), 2. utgave

Mari Hysing ^{a,b}, Per Håkan Brøndbo ^c

^a Universitet i Bergen, Institutt for samfunnspsykologi, Bergen; ^b RKBV Vest, Norwegian Reserach Centre (NORCE), Bergen ^c UiT Norges arktiske universitet, Institutt for psykologi, Tromsø

Mottatt: 20. februar 2026

Publisert: 20. oktober 2026

Sammendrag

Beskrivelse

Fem til Femten Revised (5–15R) er et kartleggingsverktøy bestående av standardiserte spørreskjema om utvikling, atferd og påvirkning/funksjonsnedsettelse for foreldre og lærere til barn og ungdom i alderen fem til 17 år. I denne versjonen er det foreldreskjemaet som vurderes. Spørreskjemaene er utviklet og revidert i et nordisk samarbeid og er tilgjengelig på norsk, svensk, dansk og finsk, samt på engelsk, russisk og estisk. Originalversjonen ble tilgjengelig i 2004, og en revidert versjon kom i 2016. Den reviderte utgaven utvidet den øvre aldersgrensen fra 15 til 17 år. I tillegg til symptommålene er det også lagt til funksjonsmål. Spørreskjemaet administreres hovedsakelig elektronisk, men finnes også i papirversjon. For å få tilgang kreves registrering som profesjonell bruker. Majoriteten av de godkjente brukerne er psykologer, leger eller pedagoger på tilsvarende utdanningsnivå som arbeider med kartlegging innen PPT, habilitering eller barne- og ungdomspsykiatri.

Litteratursøk

En norsk og 22 svenske/danske studier ble inkludert. Det er et stort antall artikler som sammenligner skårer på 5-15R i kliniske grupper med kontrollgrupper og det er også artikler som inneholder nordiske normdata.

Psykometri

Det er funnet forventede forskjeller mellom ulike kliniske undergrupper, samt samsvar mellom 5-15R og andre tilsvarende kartleggingsinstrumenter, noe som støtter instrumentets validitet. Når det gjelder reliabilitet vurderes indre konsistens samlet som god. Også test-reteststabilitet vurderes som god. Den norske studien rapporterer middelerverdier, og studier fra andre nordiske land viser gode psykometriske egenskaper.



Lisens: Opphavsrett 2026 Forfatter(e). Dette verket er lisensiert under [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Konklusjon

Samlet sett foreligger det god støtte for bruk av 5-15R. For klinisk bruk vurderes instrumentet som godt egnet gitt den samlede psykometriske informasjonen. Samtidig bør man være oppmerksom på at støtten er sterkest for de mer overordnede domene, mens de mer spesifikke subskalaene bør tolkes med varsomhet.

Abstract

Description

The Five to Fifteen Revised (5-15R) is a screening instrument consisting of standardized questionnaires on development, behavior and functional impairment, completed by parents and teachers of children and adolescents aged 5-17. The present review includes studies on the parent questionnaire. The instrument was developed and revised through a Nordic collaboration and is available in Norwegian, Swedish, Danish and Finnish, as well as English, Russian and Estonian. The original version was released in 2004, and a revised version appeared in 2016. The revision extended the upper age limit from 15 to 17 years and added measures of functional impairment alongside symptom measures. The questionnaire is primarily administered electronically but is also available in paper format. Access requires registration as a professional user. Most approved users are psychologists, physicians or educators with comparable educational levels, working in educational psychology services, rehabilitation services or child and adolescent mental health services.

Literature search

One Norwegian and 22 Swedish/Danish studies were included. Many studies compared 5-15R scores between clinical and control groups, and several reported Nordic normative data. Samples included both clinical and general populations across relevant age groups.

Psychometrics

Expected differences between clinical subgroups and agreement between the 5-15R and similar assessment instruments support the instrument's validity. Internal consistency is good overall, and test-retest stability is also good. The Norwegian study reports mean values, while studies from other Nordic countries demonstrate good psychometric properties.

Conclusion

Overall, the findings provide support for the use of the 5-15R. Based on the available psychometric evidence, the instrument appears well suited for clinical use. However, the evidence is strongest for the broader domains, and more specific subscales should be interpreted with caution.

Innledning

Fem til Femten (5-15) er et kartleggingsverktøy bestående av standardiserte spørreskjema om utvikling, atferd og påvirkning av funksjon i barn og unges hverdag. Det finnes versjoner tilgjengelig for foreldre og lærere til barn og ungdom i alderen fem til 17 år (www.5-15.org). I denne versjonen er det foreldreskjemaet som vurderes. Spørreskjemaene er utviklet og revidert i et nordisk samarbeid og er tilgjengelig på norsk, svensk, dansk og finsk, samt på engelsk, russisk og estisk. Originalversjonen ble tilgjengelig i 2004, og en revidert versjon kom i 2016. Den reviderte utgaven utvidet den øvre aldersgrensen fra 15 til 17 år. Det er også lagt til et funksjonsmål, der påvirkning av symptomene på funksjon i hverdagen vurderes. Symptommålene er i hovedsak uendret og både original (5-15) og revidert versjon (5-15R) inngår derfor i denne gjennomgang. Når forkortelsen 5-15 brukes er det kun originalen som omtales, mens bruk av forkortelsen 5-15R inkluderer både original og revidert versjon.

Spørreskjemaet inneholder 181 utsagn med svaralternativene «stemmer ikke», «stemmer iblant» og «stemmer helt». Utsagnene er organisert i åtte hovedskalaer, som dekker områdene motorikk, eksekutive funksjoner, persepsjon, hukommelse, språk og kommunikasjon, læring, sosiale ferdigheter, samt psykisk helse. Noen av hovedområdene har tilhørende underkategorier. Underkategoriene er grovmotorikk, finmotorikk, oppmerksomhet og konsentrasjon, overaktivitet og impulsivitet, passivitet/inaktivitet, planlegging/organisering, oppfatning av rom og retning, tidsoppfatning, kroppsoppfatning, oppfatning av former og figurer, hukommelse, språkforståelse, talespråk, verbal kommunikasjon, læring av skoleferdigheter (lesing, skriving, regning, lære noe nytt og bruke kunnskap i skolesammenheng, barnets evne til å løse ulike typer problemer i skolen og barnets evne til å møte en innlæringsituasjon), sosiale ferdigheter, psykiske problemer, tvangshandlinger eller tanker, samt to åpne spørsmål; beskriv ditt barns sterke sider og beskriv de problemer hos ditt barn som bekymrer deg mest. I tillegg er et spørsmål om påvirkning av hverdagsfunksjon/funksjonsnedsettelse lagt til under hver hovedkategori i den reviderte versjonen.

5-15R administreres hovedsakelig elektronisk, men finnes også i papirversjon. Skåring av den elektroniske versjonen gjøres automatisk via nettstedet www.5-15.org, og det er også mulig å legge inn skårer fra papirversjonene. Tilgang krever registrering som profesjonell bruker. Dette er gratis og administreres og godkjennes av eier/driver Gillberg Neuropsychiatry Centre i Gøteborg. De skriver: «For å bli godkjent som 5-15-bruker må man redegjøre for kompetanse og bruk, samt akseptere de faglige og etiske forutsetningene som gjelder for anvendelsen av instrumentet. Majoriteten av de godkjente brukerne er psykologer, leger eller pedagoger på tilsvarende utdanningsnivå som arbeider med kartlegging innen PPT, habilitering eller barne- og ungdomspsykiatri. Gjennom utdanning og erfaring må man ha tilegnet seg gode kunnskaper om barn og unge, normalutvikling og vansker i utviklingen. Man må ha grunnleggende kjennskap til statistikk for å kunne tolke resultatene, og være klar over både muligheter og begrensninger som ligger i slike instrumenter» (www.0-15.org, u.å.). Videre anbefales det at brukere av spørreskjemaene er del av et tverrfaglig team slik som i BUP, PPT og Habiliteringstjenesten. Det anbefales også å ta et grunnkurs i bruk av 5-15R.

PsykTestBarn artikkelen om 5-15 fra 2013 var basert på fire nordiske artikler og konklusjonen var at den hadde utmerket indre konsistens og god til utmerket test-retestreliabilitet for hovedskalaene. Deler av testen diskriminerte mellom ulike diagnosegrupper. Det fantes ikke et norsk normgrunnlag for 5-15 i 2013 (Hysing & Bøe, 2013).

Tabell 1. Beskrivelse av kartleggingsverktøyet

Originalt navn/versjon av testen	Fem til femten (5-15)/Fem til femten-revidert (5-15 R)
Originalforfatter(e)	Nordisk ekspertgruppe (Björn Kadesjö, Lars-Olof Janols, Marit Korkman, Katarina Mickelsson, Gerd Strand, Anegen Trillingsgaard og Christopher Gillberg)

Forfatter(e) av norsk versjon	Nordisk ekspertgruppe- oversettelse
Utgiver/distributør	Gillberg Neuropsychiatry Centre
Publiseringsår (original og norsk versjon)	5-15: 2004, 5-15R: 2016
Formål med testen	Kartlegging av utvikling, atferd og funksjonsnedsettelse
Populasjon testen er utviklet for	Barn og unge 5-15 år (5-15), 5-17 år (5-15R)
Antall skalaer/delskalaer	8 hovedskalaer, 22 delskalaer
Antall items (fullskala og delskala)	181
Responsformat (antall eller type av respons)	Tre svaralternativer (stemmer ikke/stemmer delvis/stemmer helt). Det er en firepunktskala for funksjon
Administrasjonsform	Digitalt eller papir
Administrasjon i gruppe/ individuelt, ikke/ veiledet	Individuelt
Tidsbruk (administrasjon, scoring og tolkning)	Ikke angitt. Utfylling estimert til ca. 20-30 minutter
Type skåring og skalaer	Normbaserte tabeller og grenseverdier på 90 og 98 persentil
Normering (ja/ nei)	Ja
Krav til testbruker (kompetanse)	Brukere må søke og godkjennes som profesjonelle brukere, med krav om relevant kompetanse
Metode for oversettelse	Den norske versjonen ble utviklet som del av det nordiske samarbeidet
Back-translation	Ikke relevant
Ekspertpanel	Nordisk ekspertpanel
Pilotering	
Hva måles	Utvikling, atferd og funksjonsnedsettelse
Bruksområde	Kartlegging og screening
Populasjonsalder	5-15 (5-15) og 5-17 (5-15R)
Informant	Foreldrerapportert

Metode

Bibliotekar Brynhildur Axelsdottir ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør, søkte etter dokumentasjon på testens psykometriske egenskaper i databasene PsycINFO, Medline, Cochrane Library, Web of Science, Oria, Norart, CRISTin.no, NORA.no, SveMed+, Swepub, DIVA og NORA (Danmarks forskningsportal). Søkedato: 20.02.2025. Søkestrategien er tilgjengelig her: <https://doi.org/10.7557/29.8602> Vi kontaktet også førsteforfattere og de ansvarlige for 5-15R for å identifisere dokumentasjon som eventuelt ikke ble fanget opp av det systematiske søket.

Vi inkluderte alle publikasjoner av studier som har undersøkt og rapportert minst ett av følgende i skandinaviske utvalg:

- normdata for testen
- reliabilitet: indre konsistens, test-retest, interrater og endringssensitivitet
- validitet: samsvar med liknende testskårer, samsvar med referansestandard eller annet kriterium, og/eller faktorstruktur

I tillegg, og kun for norske versjoner av 5-15R, inkluderte vi publikasjoner som rapporterte gjennomsnittsskårer og/eller forekomster for henholdsvis generelle populasjoner og kliniske undergrupper.

Etter fjerning av dubletter gikk begge forfatterne gjennom alle identifiserte publikasjoners sammendrag. Forfatterne foretok vurderingene uavhengig av hverandre. Alle publikasjoner som kunne virke relevante ble bestilt inn i fulltekst, og vurderingsprosessen ble gjentatt for disse.

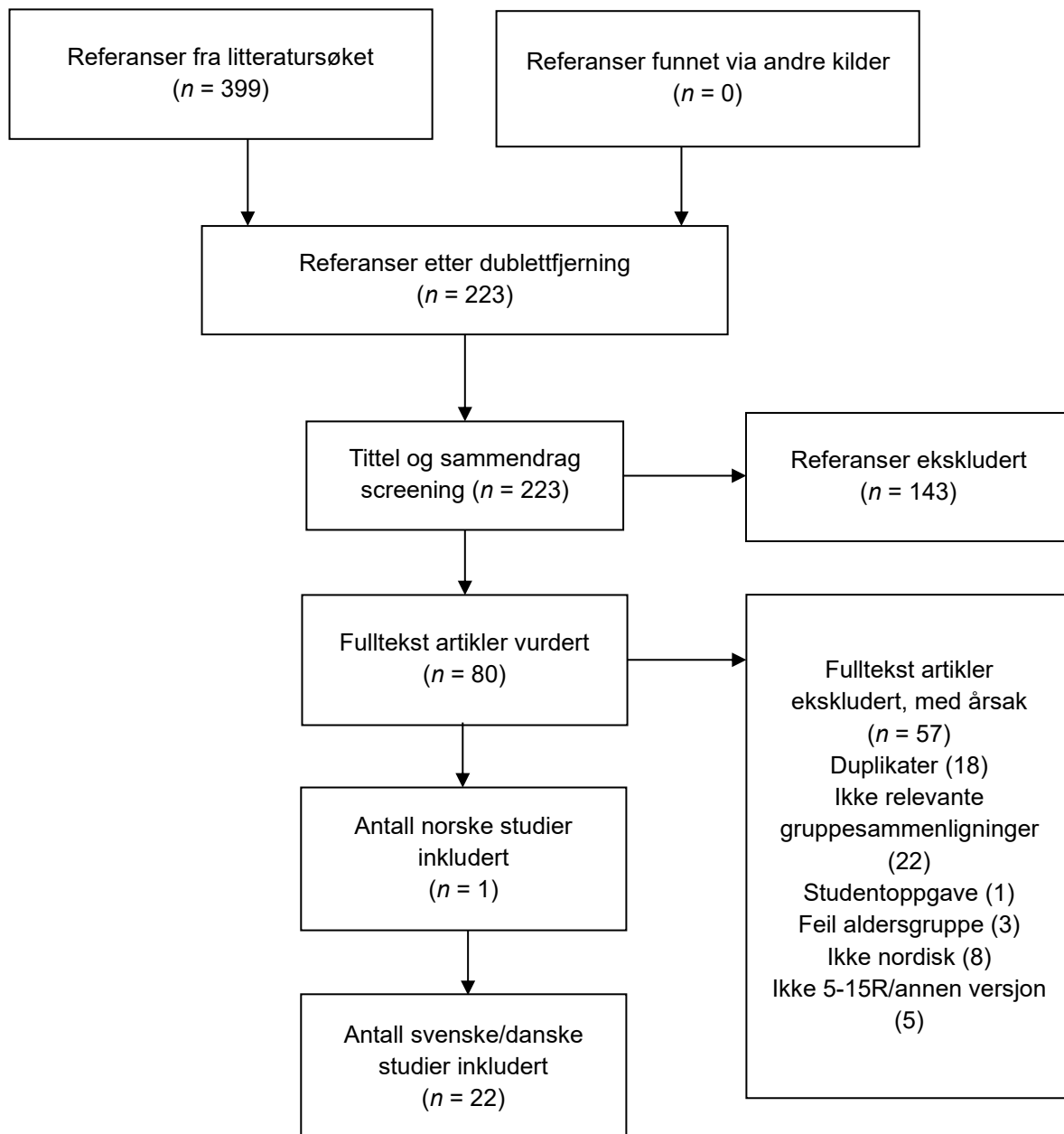
Begge forfatterne vurderte normering, validitet og reliabilitet ved hjelp av en tilpasset versjon av Test review form and notes for reviewers (EFPA 2013). Forfatterne foretok vurderingene uavhengig av hverandre.

Resultater

Litteratursøk

Søket etter dokumentasjon for de psykometriske egenskapene til 5-15R resulterte i 399 referanser, og etter dublett fjerning gjensto 223 referanser. Det kom ingen ytterligere referanser fra rettighetshavere og sentrale personer. Av de 223 som ble vurdert etter tittel og sammendrag ble 143 ekskludert. 80 artikler ble vurdert i fulltekst, hvorav 57 ble ekskludert (se Figur 1 for eksklusjonsårsaker). En norsk studie ble inkludert og 22 svenske/danske studier ble inkludert. Se tabell 1 for oversikt over inkluderte studier med $N > 100$. Inkluderte studier med $N < 100$ er Bruce et al., 2006, Davidsson et al., 2017, Farooqi et al., 2013, Lindblad et al., 2011.

Figur 1. PRISMA flytdiagram over inklusjon og eksklusjon av artikler



Tabell 2. Inkluderte studier med $N > 100^*$

Referanse	Design	Populasjon	N	Mål	Rapporterte egen-skaper, verdier
Bohlin & Janols (2004)	Tverrsnitt	Utvalg av svenske 5-13 åringer	834	5-15. Alle skalaer	Begrepsvaliditet
Bolk et al. (2018)	Tverrsnitt	Klinisk utvalg og kontrollgruppe 6,5 år	634	5-15R. Finmotorikk, eksekutiv funksjon, sosial funksjon og persepsjon	Forekomster
Brostrøm et al. (2018)	Tverrsnitt	Klinisk utvalg og kontrollgruppe 6,5 år	170	5-15R. Motorikk	Forekomster
Chacko & Scavenius (2018)	Intervensjon	Klinisk utvalg	161	5-15R. Oppmerksomhet og impulsivitet	Middelverdier
Ericson et al. (2023)	Longitudinelt	Klinisk utvalg og kontrollgruppe	142	5-15R. Alle skalaer	Andel over cut-off
Farooqi et al. (2016)	Tverrsnitt	Klinisk utvalg og kontrollgruppe 10-15 år	237	5-15R. Oppmerksomhet, hyperaktivitet/impulsivitet, hypoaktivitet, planlegging/organisering og arbeidshukommelse	Reliabilitet og validitet
Illum & Gradel (2014)	Tverrsnitt	Klinisk utvalg	227	5-15. Alle skalaer	Middelverdier, reliabilitet
Kadesjö et al. (2004)	Tverrsnitt	Utvalg av svenske 6,5-14-åringer	854	5-15. Alle skalaer	Normer, indre konsistens, interrater reliabilitet, test-retest stabilitet
Klamer et al. (2022)	RCT	Klinisk utvalg og kontrollgruppe	141	5-15R. Alle skalaer	Andel
Kolseth et al. (2023)	RCT	Norsk risikogruppe og kontrollgruppe	266	5-15R. Alle skalaer	Middelverdier
Kopp et al. (2010)	Tverrsnitt	Klinisk utvalg av svenske 3-18-åringer	100	5-15. Totalskåre, uoppmerksomhet, hyperaktivitet og emosjonell og atferdsvansker	Middelverdier

Referanse	Design	Populasjon	N	Mål	Rapporterte egen-skaper, verdier
Koubaa et al. (2013)	Longitudinelt	Risikogrupper og kontrollgruppe	112	5-15. Alle skalaer	Middelverdier
Lambek & Trillingsgaard (2015)	Tverrsnitt	Utvalg av 5-17-åringer	4258	5-15R. Alle skalaer	Reliabilitet og begrepsvaliditet
Lambek et al. (2010)	Tverrsnitt	Klinisk utvalg (dansk) og kontrollgruppe	195	5-15. Alle skalaer	Proporsjoner
Lööf et al. (2019)	Tverrsnitt	Klinisk utvalg og kontrollgruppe	290	5-15R. Alle skalaer	Middelverdier
Romero et al. (2023)	Tverrsnitt	Klinisk utvalg av svenske barn og unge med risikofødsler	586	5-15R. Alle skalaer	Proporsjoner
Serenius et al. (2023)	Tverrsnitt	Klinisk utvalg og kontrollgruppe	744	5-15R. Alle skalaer	Middelverdier
Trillingsgaard et al. (2004)	Tverrsnitt	Klinisk utvalg av danske 5–15 åringer	155	5-15. Alle skalaer	Diskriminant validitet og kriterievaliditet
Åsberg et al. (2010)	Tverrsnitt	Klinisk utvalg av 8-17-åringer og kontrollgruppe	110	5-15R. Oppmerksomhet og impulsivitet	Middelverdier

* Inkluderte studier med N<100 er Bruce et al., 2006, Davidsson et al., 2017, Farooqi et al., 2013, Lindblad et al., 2011

Middelverdier og/eller forekomster i kliniske undergrupper

Det er publisert 10 artikler som sammenligner skårer på 5-15R mellom kliniske- eller risikogrupper og kontrollgrupper. Studiene viser forskjeller i flere av domener av 5-15R når gjennomsnittsskårer sammenlignes mellom for eksempel ADHD, ASD og kontrollgrupper, i tråd med hva man kan forvente (Kopp et al., 2010). Enkelte studier benytter en dikotomisert variabel der skårer over 90 persentilen brukes som utfallsmål. Også med denne tilnærmingen er det funnet forventede forskjeller, blant annet mellom barn født ekstremt prematurt sammenlignet med en kontrollgruppe på 5-15R (Bolk et al., 2018; Brostrøm et al., 2018; Farooqi et al., 2013; Serenius et al., 2023) (se tabell 3a og 3b for en detaljert oversikt).

Bruk av 5-15R i ulike undergrupper

5-15R er også brukt i studier som sammenligner andre kliniske grupper og risikogrupper. Det er f.eks. rapportert forskjeller på enkelte domener mellom barn med idiopatisk klumpfot og jevnaldrende (Lööf et al., 2019), samt mellom barn med ulike fødselsforløp (Romero et al., 2023). I en studie som sammenlignet ulike subtyper av ADHD med og uten skrivevansker var det ikke forskjeller på 5-15R mål (Åsberg et al., 2010). Flere studier har undersøkt barn av foreldre med ulike risikofaktorer. F.eks. var det forskjeller i noen av 5-15R domenene mellom barn av foreldre med spiseforstyrrelser og en kontrollgruppe ved fem års alder (Koubaa et al., 2013). 5-15R har også blitt benyttet som utfallsmål i kliniske studier. Det ble ikke funnet forskjell i 5-15R skårer mellom barn som var fullammet og de som benyttet morsmelkerstatning ved seks år (Ericson et al., 2023; Klamer et al., 2022). Det var heller ikke forskjell i 5-15R skårer for eksekutiv fungering og motorikk

mellom barn av foreldre som hadde risiko for diabetes og de uten slik risiko (Kolseth et al., 2023) Tilsvarende ble det ikke funnet forskjeller i ADHD- symptomer målt ved 5-15R etter gjennomføring av et atferdsbasert foreldreprogram (Chacko & Scavenius, 2018). Dette kan skyldes manglende effekt av intervensjonene eller eksponeringene som undersøkes, og gir derfor begrenset informasjon om instrumentets endringssensitivitet.

Tabell 3a. Middelverdier (M) og standardavvik (SD) for ulike undergrupper

Referanse	Utvalg/ gruppe	Skala	N/n	ASD (M/SD)	ADHD (M/SD)	Kontroll (M/SD)
Kopp et al. (2010)	Kliniske grupper og kontroll	Total	111	144 / 55	128 / 51	15 / 16
		Oppmerksom het og konsentrasjon		10,9 / 4,1	13,15 / 4,31	1,60 / 2,19
		Overaktivitet og impulsivitet		6,9 / 5,5	8,9 / 4,9	1,0 / 1,5
		Psykiske problemer		20,8 / 19,5	20,0 / 9,6	1,6 / 2,3
		Sosiale ferdigheter		26,0 / 9,5	14,0 / 6,7	3,0 / 3,0

Tabell 3b. Forekomster over cut-off i kliniske undergrupper

Referanse	Utvalg/ gruppe	Skala	N/n	Ekstremt prematur-fødte barn		Kontroll	
				n	%	n	%
Bolk et al. (2018)	Klinisk gruppe og kontroll	(90 persentilen)	81 2				
		Motorikk		38	49	27	8
		Grovmotorikk		35	45	26	8
		Finmotorikk		27	34	26	8
		Planlegging og organisering		24	30	31	10
		Sosiale ferdigheter		22	28	32	10
		Perseptuelle problemer		30	78	37	12
		Oppfatning av rom og retning		25	32	42	13
		Tidsoppfatning		25	32	41	13

Referanse	Utvalg/ gruppe	Skala	N/n	Ekstremt prematur-fødte barn		Kontroll	
		Kroppsoppfatning		21	28	46	14
		Oppfatning av former og figurer		30	38	36	11

Normer

Det foreligger flere normeringsstudier for 5-15/5-15R. Det opprinnelige normgrunnlaget var basert på svenske 6-14-åringer (Kadesjö et al., 2004). I Danmark ble det senere gjennomført en større normeringsstudie i forbindelse med 5-15R, basert på et tilfeldig utvalg som utgjorde 1 % av befolkningen, stratifisert etter kjønn og alder (Lambek & Trillingsgaard, 2015). Denne studien inkluderte både foreldre- og lærerversjon, men vi har kun inkludert hovedskalaer av foreldreversjonen her (se tabell 4 for detaljer).

Tabell 4. Middelverdier (*M*) og standardavvik (*SD*) for ulike normgrupper

Referanse	Utvalg	N	1 (<i>M/SD</i>)	2 (<i>M/SD</i>)	3 (<i>M/SD</i>)	4 (<i>M/SD</i>)	5 (<i>M/SD</i>)	6 (<i>M/SD</i>)	7 (<i>M/SD</i>)	8 (<i>M/SD</i>)
Kadesjö et al. (2004)	Svenske 6–14 år (median)	1350	.06 / -	.21 / -	.06 / -	.09 / -	.05 / -	.11 / -	.04 / -	.06 / -
Lambek & Trillingsgaard (2015)	Danske 5–17 år (gjennomsnitt)	4285	.119 / .217	.238 / .329	.121 / .121	.179 / .268	.120 / .244	.213 / .347	.109 / .229	.095 / .229

Note: 1 = Motorikk, 2 = Eksekutiv funksjon, 3 = Persepsjon, 4 = Hukommelse, 5 = Språk, 6 = Læring, 7 = Sosial fungering, 8 = Psykiske vansker

Reliabilitet

I det opprinnelige normutvalget fra Sverige, og til dels Finland, har domenet Cronbachs alpha mellom .86 og .94 (motorikk .90, eksekutive funksjoner .94, persepsjon .88, hukommelse .86, språk .92, læring .94, sosiale ferdigheter .93, psykiske/atferdsproblemer .89), og mellom .69 og .94 for subskalaene (Kadesjö et al., 2004). I et stort representativt populasjonsbasert utvalg av den reviderte versjonen var indre konsistens mellom .85 til .96 for de ulike domeneene og for subskalaene mellom .65 og .96 målt med Cronbachs alpha (Löf et al., 2019). I et utvalg barn med ulike nevrologiske tilstander var Cronbachs alpha på .96. Test-reteststabilitet målt etter 6 til 8 uker ved Pearsons *r* var mellom .74 til .91 for de ulike domeneene, og mellom .55 til .89 for subskalaene (Kadesjö et al., 2004).

Validitet

Faktoranalyser har gitt støtte til flere mulige modeller, blant annet en femfaktormodel og seksfaktormodel (kognitive ferdigheter, motorikk/persepsjon, emosjon/sosialisering/atferd, oppmerksomhet, skoleferdigheter, aktivitetskontroll) (Lambek & Trillingsgaard, 2015). Det ble også funnet støtte for en to-faktormodel (lærevansker og sosioemosjonelle vansker) i en svensk populasjonsbasert studie (Bohlin & Janols, 2004; Trillingsgaard et al., 2004). Det foreligger derfor ikke entydig støtte for en bestemt faktorstruktur. Dette kan tolkes som et uttrykk for at 5-15/5-15R kan forstås på ulike nivåer, med brede overordnede domener og mer spesifikke subskalaer.

Kriterievaliditet er undersøkt i en dansk klinisk studie som inkluderte 102 barn. Det ble funnet signifikant sammenheng mellom evnetesten WISC-III på 3 av 4 mål og de korresponderende domenene målt med 5-15 (med unntak av eksekutiv fungering) (Illum & Gradel, 2014). Sammenheng mellom de ulike domenene i 5-15 viste samsvar med mål ved CBCL. For eksempel er emosjonelle og atferdsvansker fra CBCL korrelert med psykiske vansker fra 5-15 ($r = .81$) i et utvalg med ulike nevrologiske tilstander (Bohlin & Janols, 2004). 5-15R har et oppfølgingsspørsmål om funksjon på de ulike områdene, og disse har vist seg å predikere diagnoser utover det som forklares av symptomer og sosiodemografiske variabler (Lambek & Trillingsgaard, 2015).

Diskusjon og konklusjon

5-15R er et bredt kartleggings skjema som dekker utvikling, atferd og funksjon hos barn og unge. Det ble funnet forventede forskjeller mellom ulike kliniske undergrupper, samt samsvar mellom 5-15R og andre tilsvarende kartleggingsinstrumenter, noe som støtter validiteten til instrumentet. Siden 5-15R er så bredt og dekker mange ulike områder for kognisjon, læring og psykisk helse er det imidlertid krevende å gi en samlet vurdering av validiteten. Dette vil i stor grad avhenge av hvilket nivå (domene og subskala) man vurderer. Utfordringene i spesifisiteten av målingene framkommer også i samsvar mellom de ulike domenene og de spesifikke testbaserte nevropsykologiske- og evnemål (Trillingsgaard et al., 2004). I flere av de inkluderte studiene er det begrenset informasjon som støtter validitet, gitt design. F.eks. gjelder dette studier som sammenligner grupper som ikke nødvendigvis kan benyttes til å støtte validitet (f.eks. barn med klumpfot, foreldre med risiko). Det er gjennomført flere vurderinger av faktorstruktur, og det er funnet støtte for både en femfaktor og en seksfaktormodel (Lambek & Trillingsgaard, 2015), samt en tofaktormodel (Bohlin & Janols, 2004). Det vurderes derfor som at det ikke er ensidig støtte til en spesifikk faktorstruktur, og at dette bør vurderes videre. Det er også mulig å fortolke dette som ulike nivåer, der man kan ha et helt overordnet nivå der en har lærevansker/kognisjon som en faktor og overordnet psykisk helse på den andre, og at det så kan være mer spesifiserte underkategorier.

Den viktigste endringen siden forrige evaluering i PsykTestBarn er at det er gjennomført en revisjon som har medført en utvidelse av aldersspenn og inkludering av vurdering av funksjonsnedsettelse. Det er også foretatt en ny normering (Lambek & Trillingsgaard, 2015). Normgrunnlaget er omfattende og representativt basert på et tilfeldig utvalg som utgjør 1 % av dansk barn- og ungdomspopulasjon og som er stratifisert på kjønn og alder. Utvalget har god representativitet, men er noe underrepresentert for barn fra familier med lavere sosioøkonomisk status. En tidligere begrensning var manglende normer for de yngste barna. Dette er nå ivarettatt i den oppdaterte versjonen (Lambek & Trillingsgaard, 2015). Samlet vurderes den danske normeringen som utmerket. Det foreligger imidlertid ikke et norsk normgrunnlag, og det er kun en norsk studie, hvilket representerer en svakhet. Indre konsistens vurderes som god, selv om det er betydelig forskjeller mellom studiene (fra tilfredsstillende til utmerket) og mellom målene. Det er f.eks. et klart mønster der domenene har bedre reliabilitet enn subskalaene. Noen av subskalaene vil bestå av få enkeltledd, noe som kan påvirke indre konsistens, som f.eks. subskalaene planlegging og organisering (tre ledd) og verbal kommunikasjon (tre ledd). 5-15R er også benyttet i flere kliniske studier som utfallsmål, og i flere av disse er det ikke funnet endringer over tid. Dette kan imidlertid skyldes manglende effekt av intervensjonene, heller enn instrumentets manglende sensitivitet. Samlet sett foreligger det god støtte for bruk av 5-15R som et bredt kartleggingsinstrument. Det er likevel behov for flere psykometriske studier av den reviderte versjonen, særlig

norske studier, samt videre avklaring av faktorstruktur. For klinisk bruk vurderes instrumentet som godt egnet gitt den samlede psykometriske informasjonen. Samtidig bør man være oppmerksom på at støtten er sterkest for de mer overordnede domenene, mens de mer spesifikke subskalaene bør tolkes med varsomhet.

Normer	God
Reliabilitet	God
Validitet	God

Interessekonflikter

Forfatterne har ingen interessekonflikter

Lenke til gratis elektronisk versjon av testen

<https://www.5-15.org/about>

Referanser

5-15. (u.å.). Om 5-15.org. <https://www.5-15.org/about>

Bohlin, G., & Janols, L. O. (2004). Behavioural problems and psychiatric symptoms in 5-13 year-old Swedish children-a comparison of parent ratings on the FTF (Five to Fifteen) with the ratings on CBCL (Child Behavior Checklist). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 3, 14–22. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-3003-1>

Bolk, J., Farooqi, A., Hafstrom, M., Aden, U., & Serenius, F. (2018). Developmental Coordination Disorder and Its Association With Developmental Comorbidities at 6.5 Years in Apparently Healthy Children Born Extremely Preterm. *JAMA Pediatrics*, 172(8), 765–774. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1394>

Brostrøm, L., Vollmer, B., Bolk, J., Eklof, E., & Aden, U. (2018). Minor neurological dysfunction and associations with motor function, general cognitive abilities, and behaviour in children born extremely preterm. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(8), 826–832. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13738>

Bruce, B., Thernlund, G., & Nettelbladt, U. (2006). ADHD and language impairment: A study of the parent questionnaire FTF (Five to Fifteen). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(1), 52-60. <https://dx.doi.org/10.1007/s00787-006-0508-9>

Chacko, A., & Scavenius, C. (2018). Bending the Curve: A Community-Based Behavioral Parent Training Model to Address ADHD-Related Concerns in the Voluntary Sector in Denmark. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(3), 505–517. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0310-9>

Davidsson, M., Hult, N., Gillberg, C., Sarneo, C., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2017). Anxiety and depression in adolescents with ADHD and autism spectrum disorders; correlation between parent- and self-reports and with attention and adaptive functioning. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(8), 614-620. <https://dx.doi.org/10.1080/08039488.2017.1367840>

Ericson, J., Ahlsson, F., Wackernagel, D., & Wilson, E. (2023). Equally Good Neurological, Growth, and Health Outcomes up to 6 Years of Age in Moderately Preterm Infants Who Received Exclusive vs. Fortified Breast Milk-A Longitudinal Cohort Study. *Nutrients*, 15(10), 15. <https://doi.org/10.3390/nu15102318>

European Federation of Psychologists' Association (EFPA). (2013). *EFPA Review model for the description and evaluation of psychological tests: Test review form and notes for reviewers*, v 4.2.6: EFPA.

Farooqi, A., Hagglof, B., & Serenius, F. (2013). Behaviours related to executive functions and learning skills at 11 years of age after extremely preterm birth: a Swedish national prospective follow-up study. *Acta Paediatrica*, 102(6), 625–634. <https://doi.org/10.1111/apa.12219>

Farooqi, A., Adamsson, M., Serenius, F., & Hagglof, B. (2016). Executive Functioning and Learning Skills of Adolescent Children Born at Fewer than 26 Weeks of Gestation. *PLoS ONE*, Vol 11(3), 2016, ArtID e0151819, 11(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151819>

Hysing, M., & Bøe, T. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Fem til Femten (5-15). *PsykTestBarn*, 3(1), 1–6. <https://doi.org/10.21337/0020>

Illum, N. O., & Gradel, K. O. (2014). The Nordic Five to Fifteen questionnaire could provide the basis for a common neurological disability variable. *Acta Paediatrica*, 103(8), 879–885. <https://doi.org/10.1111/apa.12675>

Kadesjö, B., Janols, L. O., Korkman, M., Mickelsson, K., Strand, G., Trillingsgaard, A., & Gillberg, C. (2004). The FTF (Five to Fifteen): the development of a parent questionnaire for the assessment of ADHD and

comorbid conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 3, 3–13.
<https://doi.org/10.1007/s00787-004-3002-2>

Klamer, A., Toftlund, L. H., Grimsson, K., Halken, S., & Zachariassen, G. (2022). IQ Was Not Improved by Post-Discharge Fortification of Breastmilk in Very Preterm Infants. *Nutrients*, 14(13), 29.
<https://doi.org/10.3390/nu14132709>

Kolseth, A. J., Kulseth, S., Stafne, S. N., Morkved, S., Salvesen, K. A., & Evensen, K. A. I. (2023). Physical health and neurodevelopmental outcome in 7-year-old children whose mothers were at risk of gestational diabetes mellitus: a follow-up of a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 102(9), 1193–1202. <https://doi.org/10.1111/aogs.14593>

Kopp, S., Beckung, E., & Gillberg, C. (2010). Developmental coordination disorder and other motor control problems in girls with autism spectrum disorder and/or attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 31(2), 350–361. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.09.017>

Koubaa, S., Hallstrom, T., Hagenas, L., & Hirschberg, A. L. (2013). Retarded head growth and neurocognitive development in infants of mothers with a history of eating disorders: longitudinal cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(11), 1413–1422. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12370>

Lambek, R., & Trillingsgaard, A. (2015). Elaboration, validation and standardization of the five to fifteen (FTF) questionnaire in a Danish population sample. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 161–170.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.12.018>

Lambek, R., Trillingsgaard, A., Kadesjo, B., Damm, D., & Thomsen, P.H. (2010). Gender differences on the Five to Fifteen questionnaire in a non-referred sample with inattention and hyperactivity-impulsivity and a clinic-referred sample with hyperkinetic disorder. *Scandinavian Journal of Psychology* 51, 540–447.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00825.x>

Lindblad, I., Gillberg, C., & Fernell, E. (2011). ADHD and other associated developmental problems in children with mild mental retardation. The use of the "Five-To-Fifteen" questionnaire in a population-based sample. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2805–2809.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2011.05.026>

Löf, E., Andriesse, H., Brostrom, E. W., Andre, M., & Bolte, S. (2019). Neurodevelopmental difficulties in children with idiopathic clubfoot. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 61(1), 98–104.
<https://doi.org/10.1111/dmcn.13996>

Romero, S., Lindstrom, K., Listermar, J., Westgren, M., & Ajne, G. (2023). Long-term neurodevelopmental outcome in children born after vacuum-assisted delivery compared with second-stage caesarean delivery and spontaneous vaginal delivery: a cohort study. *BMJ Paediatrics Open*, 7(1), 10.
<https://dx.doi.org/10.1136/bmjpo-2023-002048>

Serenius, F., Kaul, Y. F., Kallen, K., Hafstrom, M., Aden, U., Stjernqvist, K., & Farooqi, A. (2023). Neurobehavioral symptoms in children born extremely preterm: A Swedish National Study. *Acta Paediatrica*, 112(11), 2387–2399. <https://doi.org/10.1111/apa.16942>

Trillingsgaard, A., Damm, D., Sommer, S., Jepsen, J. R., Ostergaard, O., Frydenberg, M., & Thomsen, P. H. (2004). Developmental profiles on the basis of the FTF (Five to Fifteen) questionnaire-clinical validity and utility of the FTF in a child psychiatric sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 3, 39–63.
<https://doi.org/10.1007/s00787-004-3006-y>

Åsberg, J., Kopp, S., Berg-Kelly, K., & Gillberg, C. (2010). Research report: Reading comprehension, word decoding and spelling in girls with Autism Spectrum Disorders (ASD) or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD): Performance and predictors. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(1), 61-71. <https://doi.org/10.3109/13682820902745438>