

Behandlingslinje for utredning og behandling av utfordrende atferd

- hos barn og unge (0-18 år) med medfødte eller tidlig ervervet
funksjonsnedsettelse henvist habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten

Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge (RHABU)
Oslo universitetssykehus - Ullevål

RHABU

Utgitt av: Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge (RHABU)

Versjon: 1.2 (Lenker til ressurser sist oppdatert 19.08.26)

Publisert: Oslo, januar 2023

Tilgjengelig fra: [Regional kompetansetjeneste for habilitering \(RKHAB\) - Oslo universitetssykehus HF \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

Innhold

1 INNLEDNING	4
2 ANBEFALINGER FOR HABU	6
3 UTFORDRENDE ATFERD	11
3.1 Ulike former for utfordrende atferd.....	11
3.2 Sårbarhetsfaktorer for utvikling av utfordrende atferd	12
3.3 Tidlig identifisering og forebygging av utfordrende atferd	13
3.4 Alvorlighetsgrader og rett til nødvendig helsehjelp	14
4 OPPSTART	16
4.1 Avklaring av henvisning og innhenting av opplysninger	16
4.2 Planlegging av utredning	17
4.3 Behandlingsplan	19
4.4 Umiddelbare tiltak.....	19
4.5 Hjelpe- og støttetiltak til foreldre og søsken	21
5 UTREDNING OG KARTLEGGING	23
5.1 Informasjon om barnets diagnoser	23
5.2 Somatisk utredning.....	24
5.3 Tverrfaglig vurdering	27
5.3.1 Miljø og rammebetingelser	27
5.3.2 Språk- og kommunikasjon	28
5.3.3 Adaptive ferdigheter og bistandsbehov	28
5.3.4 Psykiske lidelser	29
5.3.5 Belastende livshendelser	30
5.3.6 Emosjonell utvikling.....	31
5.3.7 Kartlegging av interesser og preferanser	32
5.4 Beskrivelse og kartlegging av utfordrende atferd	33
5.4.1 Voldsriskovurdering	34
5.5 Funksjonell kartlegging og analyse	35
5.6 Kompetanse og erfaring hos tjenesteytere i kommunen.....	37
5.7 Oppsummering av utredning, kartlegging og analyse	38
5.8 Tilbakemeldings- og samarbeidsmøte.....	38
5.9 Samarbeidsavtale og behandlingsplan	39
6 BEHANDLING OG TILTAK	41
6.1 Tiltak rettet mot miljøet	43
6.1.1 Struktureringstiltak	44
6.1.2 Opplæring og veiledning av foreldre	45
6.1.3 Veiledning av tjenesteytere i kommunen	45
6.2 Behandling og tiltak rettet mot barnet eller ungdommen	48
6.2.1 Etablering av ferdigheter	48
6.2.2 Funksjonell kommunikasjonstrening	49
6.2.3 Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK)	49
6.2.4 Sinnekontroll- og sosial ferdighetstrening.....	49

6.2.5	Differensiell forsterkning	50
6.2.6	Atferdsavtaler.....	50
6.2.7	Sosiale historier	50
6.2.8	Fysisk aktivitet	50
6.2.9	Behandling av psykiske lidelser	51
6.2.10	Medikamentell behandling	52
6.3	Skadeavvergende tiltak og tiltak som innebærer bruk av tvang og makt	53
7	EVALUERING	55
7.1	Evaluerings av behandling og tiltak.....	55
7.2	Evaluerings av medikamentell behandling	56
7.3.	Evaluerings av veiledning og samarbeid	56
7.3.1	Forsvarlighet.....	57
8	AVSLUTNING	58
8.1	Sluttevaluering og tverrfaglig epikrise.....	58
8.2	Overgang til habiliteringstjenesten for voksne (HAVO)	58
9	METODERAPPORT	59
10	REFERANSER	61

1 INNLEDNING

Enkelte barn og unge med funksjonsnedsettelse fremviser atferdsvansker som krever utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Denne behandlingslinjen omhandler barn og unge (0-18 år) med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse, som er henvist og har behov for habilitering i spesialisthelsetjenesten på grunn av omfattende atferdsvansker. De fleste har utviklingshemming av ulik grad og/eller andre utviklingsforstyrrelser. For å ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten må tilstanden anses som alvorlig (1).

Begrepene atferdsvansker, atferdsforstyrrelser, atferdsproblemer og utfordrende atferd brukes om hverandre i faglitteraturen. Skillene mellom de ulike begrepene er uklare. I arbeidsgruppen for denne behandlingslinjen er det enighet om å primært benytte begrepet utfordrende atferd. I faglitteraturen benyttes i økende grad andre formuleringer som atferd som utfordrer, problematisk atferd, eller atferdssymptomer. Bakgrunnen for denne utviklingen er at man også i begrepsbruken ønsker å tydeliggjøre at utfordrende atferd kan være situasjonsbetinget og utløst av situasjonsfaktorer, at det ikke er et enhetlig fenomen, og at årsaker og behandling ikke nødvendigvis er knyttet til individfaktorer.

Behandlingslinjen retter oppmerksomhet mot oppgavene til habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) i spesialisthelsetjenesten og gir anbefalinger ved utredning og behandling av utfordrende atferd. Behandlingslinjen er ment veiledende for fagpersoner ansatt ved HABU i Helse Sør-Øst og skal bidra til god kvalitet og likeverdige tjenester.

Kommunen har hovedansvaret for de fleste tjenester til barn og unge med utfordrende atferd og deres familier og skal ved behov henvise til andre instanser. Når barn henvises til HABU på grunn av ulike former for alvorlig utfordrende atferd eller tilstander som gjerne krever spesialisert kompetanse, skal HABU og kommunen samarbeide om utredning og behandling. Involverte instanser har plikt til å samordne sine tjenester (2;3). Utredning og behandling vil oftest gjennomføres på barnets arenaer og i nært samarbeid med foreldre og kommunale samarbeidspartnere. Utredningen vil også kunne synliggjøre familiens behov for oppfølging fra ulike instanser. Foreldre og kommunale tjenester vil på ulikt vis være involvert i alle faser av behandlingslinjen og vil derfor kunne ha god nytte av å være kjent med behandlingslinjen.

Utarbeidelsen av behandlingslinjen har vært ledet av Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge (RHABU). En tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av fagpersoner fra HABU i alle helseforetakene i Helse Sør-Øst har deltatt i utarbeidelsen. Representanter fra en brukerorganisasjon har også medvirket i arbeidet. Informasjon om kunnskapsgrunnlaget og arbeidsprosessen med behandlingslinjen er beskrevet i metoderapporten i kapittel 9.

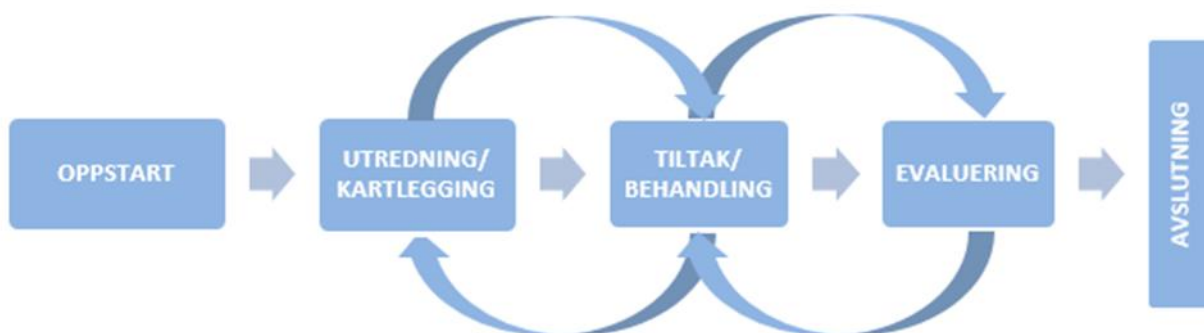
Anbefalinger med «skal» eller «må» er brukt der kravene enten er lov- eller forskriftsfestet. «Bør» eller «kan» er brukt der anbefalingene er basert på kunnskap fra forskning, klinisk erfaring og brukererfaring.

Behandlingslinjen er organisert i kapitler med temaene oppstart, utredning og kartlegging, behandling og tiltak, evaluering og avslutning. Innledningsvis i behandlingslinjen gis eksempler på ulike former for utfordrende atferd, alvorlighetsgrader, sårbarhetsfaktorer og viktigheten av forebygging. Under flere av

kapitlene er det lagt inn ressurser hvor man kan innhente mer kunnskap om temaet. Oversikten over ressurser er ikke uttømmende.

Figur 1

Prosessen for utredningen og behandlingen



Notat. Illustrasjon av prosessen for utredning og behandling av utfordrende atferd. Illustrasjonen er basert på modellen utviklet av Avdeling for voksenhabilitering, Akershus universitetssykehus.

2 ANBEFALINGER FOR HABU

Kapittelet viser en samlet oversikt over anbefalinger i behandlingslinjen. De faglige begrunnelsene fremgår i de enkelte kapitlene.

Kapittel 3 Utfordrende atferd

- Alle fagpersoner i HABU bør være oppmerksomme på faktorer som kan bidra til økt risiko for utvikling av utfordrende atferd hos barn og unge som henvises HABU.
- Fagpersonene i HABU bør kjenne til hvordan utfordrende atferd kan komme til uttrykk og på hvilken måte atferden kan påvirke barnet eller ungdommen og omgivelsene på kort og lang sikt.
- HABU bør informere foreldre og kommunale instanser om sårbarhetsfaktorer hos barnet eller ungdommen og risiko for å utvikle utfordrende atferd og eventuelt veilede i forebyggende tiltak.
- Barn i risiko for å utvikle utfordrende atferd bør ha årlig oppfølging hos fastlege som et forebyggende tiltak.
- Det er ulike grader av atferdsvansker og det må gjøres konkrete, individuelle, faglige og skjønnsmessige vurderinger om rett til helsehjelp i hvert enkelt tilfelle.

Kapittel 4 Oppstart

- Det bør gjennomføres en samtale med foreldre ved oppstart av forløpet med utveksling av informasjon og avklaring av samtykke til videre utredning. Det kan være aktuelt at henviser og/eller andre nærpersoener deltar i samtalen.
- Barnet eller ungdommen har rett til informasjon. Hvordan barnet eller ungdommen skal informeres og involveres i behandlingsforløpet må vurderes i hvert enkelt tilfelle.
- Det bør avholdes en intern drøfting i HABU for å planlegge videre utredning og innhenting av informasjon fra aktuelle tjenester.
- Observasjon av barnet eller ungdommen på aktuelle arenaer kan være nyttig for å gjøre gode vurderinger av hvordan videre utredning bør gjennomføres.
- Utredning og kartlegging av utfordrende atferd er i de fleste tilfeller mest hensiktsmessig å gjøre ambulant.
- Dersom barnet mottar helse- og omsorgstjenester må det innhentes informasjon fra disse tjenestene, og informasjon om hvilke vurderinger kommunen har gjort knyttet til helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.
- Det bør innledningsvis vurderes om det skal samarbeides med og/eller viderehenvises til andre deler av spesialisthelsetjenesten.
- Når det er innhentet tilstrekkelig informasjon bør HABU utarbeide en behandlingsplan som beskriver hva som bør utredes, fremdrift og ansvar for utredningen.
- Ved utfordrende atferd som umiddelbart kan medføre alvorlig skade på vedkommende selv, på andre personer eller alvorlige skader på egne eller andres eiendeler må det vurderes å iverksette umiddelbare tiltak.
- HABU bør gjøre seg kjent med hvilke hjelpetiltak kommunen eller andre instanser kan tilby familien.
- Kommunen og/eller HABU bør bistå foreldre med informasjon om rettigheter, og eventuell bistå med hjelp til å søke om aktuelle støtte- og hjelpetiltak.
- HABU skal bidra med kartlegging og ivaretagelse av mindreårige søskens behov for informasjon, støtte og oppfølging.

Kapittel 5 Utredning og kartlegging

- Utredning og kartlegging bør være tverrfaglig og involvere ulike faggrupper etter behov.
- Hvilke forhold som utredes og kartlegges og hvor omfattende utredningen bør være, vurderes ut fra alvorlighetsgraden av atferden og kompleksiteten i hvert tilfelle.
- Standardiserte verktøy for kartlegging av atferden bør benyttes der det finnes.
- Informasjon om barnet og ulike forhold rundt den utfordrende atferden bør innhentes fra flere nærperso-ner.
- Utredning og kartlegging gjøres i nært samarbeid med foreldre og kommunale tjenesteytere.
- Informasjon om barnets diagnoser må innhentes for å avklare hvordan disse kan ha betydning for den utfordrende atferden.

Somatisk utredning

- Det bør gjennomføres en somatisk utredning av barnet eller ungdommen tidlig i utredningsforløpet for å utelukke at somatisk sykdom, plager, smerter eller bivirkninger av medisiner kan være årsak til den utfordrende atferden.
- Visuell støtte, med bruk av symboler, kroppsplakat, smerteskala eller lignende, kan være til hjelp i kommunikasjonen med barnet eller ungdommen under utredningen.
- Fagpersoner som kjenner barnet bør bidra med informasjon og eventuelt delta på legekonsultasjonen sammen med foreldre.

Tverrfaglig vurdering

- HABU bør vurdere om barnets eller ungdommens funksjonsvansker er godt nok utredet, eller om det er behov for en ny eller oppdatert vurdering, eventuelt en ny diagnostisk vurdering. Aktuelle områder som kan utredes
 - kognitiv, språklig, kommunikativ og adaptiv funksjon, regulering, eksekutiv funksjon, oppmerksomhet og eventuelle autismesymptomer
 - kartlegging av stressorer, krav og forventninger med utgangspunkt i personens funksjonsnivå
 - psykisk lidelse, belastende livshendelser, traumer, overgrep eller relasjonsskader
 - emosjonell utvikling
 - miljø og rammebetingelser som påvirker barnet
 - barnets eller ungdommens interesser og preferanser

Beskrivelse og kartlegging av utfordrende atferd

- Atferdens hyppighet, varighet og/eller intensitet bør kartlegges og beskrives, og atferdens skadevirkninger vurderes.
- Både standardiserte og ikke-standardiserte registreringer og kartlegginger av atferden bør benyttes underveis for å kunne vurdere effekt av behandling og tiltak.
- Foreldre og andre nærperso-ner bør involveres i kartleggingen.

Voldsriskovurdering

- Det bør utføres en systematisk voldsriskovurdering og settes inn umiddelbare tiltak hvis barnet eller ungdommen fremviser så alvorlig utfordrende atferd at det kan være til fare for barnet eller ungdommen selv og/eller andre personer.

Funksjonell kartlegging og analyse

- Det bør gjennomføres funksjonell kartlegging og analyse av den utfordrende atferden.

Kompetanse og erfaring hos tjenesteyterne i kommunen

- Kommunen skal sørge for grunnleggende kompetanse hos tjenesteyterne og legge til rette for kompetanseheving. Kommunen kan etterspørre veiledning fra spesialisthelsetjenesten ved behov.
- HABU bør innhente informasjon om de kommunale tjenesteyternes erfaring og kompetanse slik at veiledningstiltak får best mulig effekt.

Oppsummering og tilbakemelding etter utredning

- Funnene fra utredningen og kartleggingen samt anbefalinger for behandling og tiltak bør oppsummeres i en tverrfaglig rapport.
- Barnet eller ungdommen og/eller foreldre bør innkalles til et tilbakemeldingsmøte for å gjennomgå funn og resultater fra utredningen. Det kan være behov for oppfølgende samtaler for at familien skal få bedre innsikt og forståelse av funnene og resultatene fra utredningen.
- I dialog med barnet eller ungdommen og/eller foreldre må det avklares hvilke samarbeidspartnere det er aktuelt å dele informasjon med og hvem som skal motta rapporten som oppsummerer utredningen.
- Henvissende instans og aktuelle samarbeidsparter i kommunen bør inviteres til et samarbeidsmøte/oppsummeringsmøte. Barnet eller ungdommen og/eller foreldre bør også bli invitert til møtet.

Samarbeidsavtale og/eller behandlingsplan

- Avtaler om samarbeid, veiledning, oppgavefordeling og tidsfrister mellom HABU og aktuelle samarbeidsparter i kommunen bør inngås og skriftliggjøres.
- I samarbeid med pasient og/eller foreldre og aktuelle samarbeidsparter bør det utarbeides en behandlingsplan med konkrete mål for behandlingen, ansvar for ulike tiltak og tidspunkt for evaluering.

Kapittel 6 Behandling og tiltak

- Barnet eller ungdommen selv og/eller foreldre og nærpersoener skal involveres i behandlingen og tiltakene. De skal gis informasjon om eventuelle behandlingalternativer slik at de kan ta informerte valg.
- Behandling av utfordrende atferd krever ofte langvarig og kontinuerlig innsats gjennom hele dagen til barnet eller ungdommen.
- HABU bistår hovedsakelig i behandling og tiltak ambulant og indirekte. Omfanget av veiledning, rådgivning, behandling og tiltak fra HABU bør vurderes ut fra kompleksiteten og alvorlighetsgraden av atferden og kommunens kompetanse.
- Valg av behandling og tiltak bør ses i sammenheng med blant annet barnets alder, funksjonsnivå, diagnose, atferdens alvorlighetsgrad, rammer og familiens kultur og mulighet for samarbeid på tvers av barnets arenaer.

Tiltak rettet mot miljøet

- Dersom kartleggingen viser mangler i miljøet og rammebetingelsene som kan medføre økt risiko for utfordrende atferd, bør HABU anbefale endringer i disse før tiltak rettet mot barnet eller ungdommen iverksettes.

- Aktuelle tiltak som er rettet mot miljøet kan være forbedring av mangler i fysiske rammebetingelser, struktureringstiltak, tilpassing av aktivitet, hvile og bistand, tilpasset kommunikasjon til barnet ut fra barnets funksjonsnivå, fjerne/reducere ubehag og triggere for utfordrende atferd og legge til rette for økt tilgang til aktiviteter og oppgaver barnet eller ungdommen mestrer og liker.
- Både kommunen og spesialisthelsetjenesten har ansvar for opplæring og veiledning av foreldre. Det bør avklares hvem som gjennomfører og har ansvar for de ulike opplærings- og veiledningstiltakene.
- Foreldreprogrammer bør baseres på manualer der dette finnes og bør inkludere instruering, modellering, øvelse og tilbakemelding.
- Spesialisthelsetjenesten skal gi veiledning til kommunen når det er behov for mer spesialisert kompetanse enn det kommunen kan forventes å ha.
- Veiledning fra HABU foregår ofte ambulant, men digitale løsninger kan også benyttes dersom det vurderes som forsvarlig.

Behandling og tiltak rettet mot barnet eller ungdommen

- Behandling og tiltak krever ofte tverrfaglig innsats og bør være individualisert og basere seg på resultater fra utredning og kartlegging.
- Medisinske tilstander som oppdages under utredning må vurderes behandlet før eller samtidig med at det settes i gang andre tiltak.
- Manualer på spesifikke intervensjoner som er aktuelle for barnet eller ungdommen bør benyttes der det finnes, eventuelt med individualiserte tilpasninger.
- Aktuelle tiltak som er rettet mot barnet eller ungdommen kan for eksempel være
 - å etablere ferdigheter som kan erstatte eller utkonkurrere den utfordrende atferden
 - opplæring i funksjonell kommunikasjon
 - ulike prosedyrer for differensiell forsterkning for å fremme mer hensiktsmessig atferd
- Dersom det under utredningen eller oppfølgingen vekkes mistanke om eller avdekkes at barnet eller ungdommen har en psykisk lidelse må det følges opp.

Medikamentell behandling

- Legemiddelfrie behandlingstiltak bør alltid være prøvd før man iverksetter medikamentell behandling.
- Før oppstart av medikamentell behandling bør klare mål defineres, varighet av behandlingen bør bestemmes, og det bør gjøres registreringer og evalueringer underveis i medisnutprøvingen.
- Bruk av standardiserte skjemaer for å måle effekt av medisinsk behandling anbefales når det er mulig og hensiktsmessig.
- Prinsippet om å starte med lave doser og trappe opp langsomt bør følges.
- Bivirkningsskjema bør brukes, og bivirkninger av medisiner bør meldes til RELIS.

Skadeavvergende tiltak og tiltak som innebærer bruk av tvang og makt

- Det er kommunens ansvar å fatte vedtak om bruk av tvang og makt jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, men spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunen ved utforming av tiltakene og gjennomføring av enkelte av tiltakene.
- Dersom tiltak med bruk av tvang og makt utføres av ansatte i spesialisthelsetjenesten, skal det skrives enkeltmelding jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Kapittel 7 Evaluering

- Evaluering av målsettinger og respons på behandlingen bør skje jevnlig i veilednings- og evalueringsmøter med barnet eller ungdommen og foreldre, nærpersoner og tjenesteytere i kommunen.
- Evaluering bør basere seg på registreringer og kartlegginger.
- Oppdatering av behandlingsplanen bør gjøres ved endringer eller igangsettelse av nye tiltak.
- Ved behov bør det avholdes evaluering av veiledning og samarbeid mellom HABU og aktuelle samarbeidsparter i kommunen.

Evaluering av medikamentell behandling

- Kliniske vurderinger og innhenting av opplysninger fra flere informanter vil ofte være nødvendig for å få tilstrekkelig informasjon om effekt og eventuelle bivirkninger av medisinen.
- Ved bruk av psykofarmaka bør behandlende lege evaluere effekt systematisk og med faste tidsintervaller.
- Ved overføring av medisinansvar til fastlege eller annen lege bør det beskrives når og hvordan fastlege/annen lege skal evaluere behandlingen, kriterier for justering/seponering og når eventuell rehenvisning til spesialisthelsetjenesten er nødvendig.

Kapittel 8 Avslutning

- En avsluttende tverrfaglig epikrise bør inneholde oppsummering av hva som er gjort, resultat av behandling og anbefalinger og ansvar for videre oppfølging.
- Epikrisen sendes som hovedregel til fastlege og henvisende instans samt annet helsepersonell som trenger opplysninger for å gi videre oppfølging. I dialog med pasient eller foreldre avklares det hvilke andre instanser som skal ha epikrisen tilsendt.
- HABU og HAVO bør avklare samarbeid og henvisning når det blir vurdert behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten etter fylte 18 år.

3 UTFORDRENDE ATFERD

Anbefalinger

- Alle fagpersoner i HABU bør være oppmerksomme på faktorer som kan bidra til økt risiko for utvikling av utfordrende atferd hos barn og unge som henvises HABU.
- Fagpersonene i HABU bør kjenne til hvordan utfordrende atferd kan komme til uttrykk og på hvilken måte atferden kan påvirke barnet eller ungdommen og omgivelsene på kort og lang sikt.
- HABU bør informere foreldre og kommunale instanser om sårbarhetsfaktorer hos barnet eller ungdommen og risiko for å utvikle utfordrende atferd og eventuelt veilede i forebyggende tiltak.
- Barn i risiko for å utvikle utfordrende atferd bør ha årlig oppfølging hos fastlege som et forebyggende tiltak.
- Det er ulike grader av atferdsvansker og det må gjøres konkrete, individuelle, faglige og skjønnsmessige vurderinger om rett til helsehjelp i hvert enkelt tilfelle.

Utfordrende atferd defineres på ulike måter. Definisjonen til Emerson & Einfeld (4) er mye brukt og legges til grunn for denne behandlingslinjen:

«Kulturelt avvikende atferd som er så intens, hyppig forekommende eller langvarig at den fysiske sikkerheten til personen selv eller andre er alvorlig truet, eller at den i stor grad begrenser eller hindrer tilgang til vanlig sosial deltakelse i samfunnet.»

Det er viktig at fagpersonene i HABU kjenner til hvordan utfordrende atferd kan komme til uttrykk, og på hvilken måte atferden kan påvirke barnet eller ungdommen og omgivelsene på kort og lang sikt.

Det er ulike årsaker til utfordrende atferd. Det kan være et symptom på at noe plager barnet eller at situasjoner i miljøet kan være utfordrende for barnet eller ungdommen selv. Ulike genetiske tilstander kan også spille en sentral rolle.

Utfordrende atferd kan være en effektiv, funksjonell kommunikasjonsmåte for barnet eller ungdommen og være den måten barnet eller den unge best klarer å uttrykke ønsker og behov på. Isolert sett trenger ikke atferden nødvendigvis å oppleves problematisk for barnet eller ungdommen selv. Atferd det er for mye eller for lite av, og årsaken til atferden, er da først og fremst utfordrende for foreldre, søsken, familie, nærpersioner og tjenesteytere (5-7).

3.1 Ulike former for utfordrende atferd

Utfordrende atferd kan forekomme i ulik grad, omfang og intensitet (8). Enkelte barn og unge har kun en form for utfordrende atferd, mens andre har flere (9).

Utfordrende atferd kan involvere skade på personen selv eller på andre personer, materielle skader på egne eller andres eiendeler, eller atferd som er sosialt fornedrende eller hemmende for egen utvikling (10). Det vil ikke være mulig å gi en uttømmende oversikt over utfordrende atferd, men eksempler på ulike former kan være:

- Verbal eller fysisk aggressiv og voldelig atferd. Verbal aggresjon kan være skriking, trusler og bruk av «kallenavn» rettet mot andre som følges opp av truende kroppsspråk. Aggressiv, voldelig atferd kan inkludere slag, spark, spyting, biting, lugging, kasting av objekter mot andre eller materiell ødeleggelse av egne eller andres eiendeler.
- Selvskading, som for eksempel slag mot eget hode, hudplukking, slag med hodet mot objekter, lugge, klore eller bite seg selv eller spise ikke-fordøyerlige substanser (pica).
- Stikke av.
- Spise- og ernæringsvansker som hemmer egen utvikling og/eller deltakelse i samfunnet.
- Svært høyt aktivitetsnivå og/eller stereotyp atferd som for eksempel repeterende bevegelser med og uten objekter av en slik intensitet og karakter at det hemmer egen utvikling.
- Omfattende og langvarige søvnvansker som innsovningsvansker, oppvåkninger og/eller utfordringer rundt legging eller det å stå opp.
- Ekstrem vegring og motstand mot krav i dagliglivet, bekymringsfullt skolefravær og/eller tilbaketrekking og passivitet.
- Kle av seg, tisse og/eller ha avføring på uegnet sted, lek med avføring og/eller spising av avføring.
- Problematisk og skadelig seksuell atferd (SSA). For eksempel seksuell atferd som ikke er aldersadekvat, seksualisert språk, seksuell trakassering, overgrep eller annen spontan/impulsiv eller selvskadende seksuell atferd.
- Annen kriminalitet som for eksempel gjentatt stjeling, ildspåsettelse eller digitale krenkelser.

Ressurser

Kartleggingsverktøy for å avdekke og måle alvorlighet av utfordrende atferd

- Aberrant Behavior Checklist-2 (ABC-2). 6-89 år. For personer med utviklingshemming.
- Developmental Behavior Checklist (DBC). 4-18 år. For personer med autisme og/eller utviklingshemming.
- Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). 2-16 år. Norske normer for aldersspennet 4-12 år.
- Vineland-3- Maladaptiv atferd.

3.2 Sårbarhetsfaktorer for utvikling av utfordrende atferd

Det er ulike og sammensatte biologiske, psykososiale og miljømessige risiko- og sårbarhetsfaktorer for utvikling av utfordrende atferd (4;6;7;9;11-17). Disse kan være personlige/individuelle faktorer som

- utviklingshemming
- autismspekterforstyrrelser
- atferdsfenotype ved spesifikke syndromer
- medfødt alkohol- og/eller ruskskader
- lærevansker
- ekspressive- og/eller reseptive språk- og kommunikasjonsvansker
- somatisk sykdom (for eksempel smerter, ubehag, tannpine, allergier, mage/tarm plager, refluks)
- søvnvansker
- psykiske lidelser

- sensoriske prosesseringsvansker som for eksempel overfølsomhet for lyder, synsinntrykk, berøring og lukt
- høy smerteterskel eller vansker med å uttrykke smerte
- nedsatt impuls kontroll
- emosjonsreguleringsvansker
- spise- og ernæringsvansker
- syns- og hørselshemming
- aldersrelaterte variasjoner som for eksempel pubertet
- problemer knyttet til seksualitet
- kjønnsinkongruens
- mobilitet- og forflytningsvansker
- opplevelse av lite kontroll/påvirkningsmulighet

eller miljørelaterte faktorer som

- bivirkninger av medisiner
- stress, belastninger, krav eller forventninger som overgår barnets eller ungdommens forutsetninger eller kapasitet
- feil eller lite tilpassede hjelpebetingelser, for eksempel lite struktur
- uforutsigbare og/eller restriktive omsorgsmiljøer
- udekte mellommenneskelige- og følelsesmessige behov
- belastende livshendelser/traumer som mobbing, vold, mishandling, ulykker
- miljøer med mye støy, for høyt eller lavt aktivitetsnivå eller manglende tilrettelegging for stimulering og læring
- store eller hyppige endringer i barnets eller ungdommens hverdag eller omsorgssituasjon (for eksempel skolestart/skolebytte, mange omsorgsarenaer, omfattende personalskifter, mange ansatte)
- dårlig ivaretagelse av grunnleggende behov (kombinasjon av mange av forholdene over)

3.3 Tidlig identifisering og forebygging av utfordrende atferd

Alle fagpersoner i HABU bør være oppmerksomme på faktorer som kan øke risiko for utvikling av utfordrende atferd hos barn som henvises HABU, og at atferden kan oppstå plutselig eller utvikle seg over tid (7). Gode tverrfaglige utredninger er viktig for tidlig å identifisere utfordrende atferd og faktorene som øker risikoen (18;19). Selv med intervensjon vil utfordrende atferd fremvist i tidlig alder også kunne fortsette videre i livet (20;21).

Utfordrende atferd kan også endre seg etterhvert som barnet blir eldre. Utfordrende atferd viser seg i større grad i tenårene og tidlig i 20-årene, for så å gradvis avta (7). Generelt sees det mer omfattende atferdsutfordringer hos barn og unge i alderen 10-18 år, enn hos barn under 10 år. Ved enkelte former for utfordrende atferd, for eksempel fysisk aggressiv atferd, ses en noe høyere forekomst hos gutter enn hos jenter. Ved selvskading er det mer variabel forekomst mellom kjønn (6;22;23).

Det er sammenheng mellom grad av utviklingshemming og autisme og forekomst av utfordrende atferd (4;24). Det beskrives en høyere forekomst av utfordrende atferd hos barn og unge med moderat til alvorlig utviklingshemming. Motoriske mannerismer/repeterende atferd er mest vanlig ved alvorlig

utviklingshemming og ved autisme. Forekomst av impulsivitet og overaktivitet i tillegg, kan gi ytterligere risiko for å utvikle selvskading, aggresjon og utøve materielle ødeleggelser (25;26).

Foreldre og kommunale instanser bør informeres om eventuelle sårbarhetsfaktorer og risiko hos barnet for å utvikle utfordrende atferd (10;18). Dette er vesentlig for å kunne forebygge og tidlig avdekke tegn på utvikling av utfordrende atferd. Det anbefales at barn i risiko har årlig oppfølging hos fastlege, som et viktig forebyggende tiltak (7).

Kommunen skal arbeide systematisk for å forebygge utvikling av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming (3). Ansatte i kommunen som jobber med barn og unge bør være oppmerksomme på tegn som gir grunn til bekymring og iverksette tiltak (27;28). Tidlig intervensjon med opplæring i språk, kommunikasjon og andre hensiktsmessige ferdigheter samt veiledning til foreldre og nærpersoener i barnehage og skole, er viktige tiltak for å forebygge utvikling av utfordrende atferd (7). Pedagogisk – psykologisk tjeneste (PPT) veileder barnehage og skole (29;30). HABU kan bistå ved behov i særlige komplekse saker som krever spisskompetanse.

3.4 Alvorlighetsgrader og rett til nødvendig helsehjelp

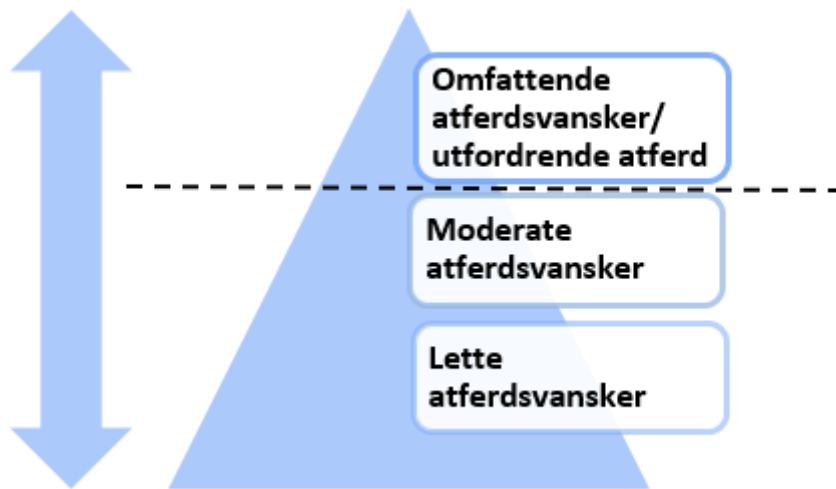
For at barnet eller ungdommen skal ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten må tilstanden anses som alvorlig. I Helsedirektoratets prioriteringsveileder for habilitering av barn og unge (1) er omfattende atferdsvansker en av tilstandene som gir rett til nødvendig helsehjelp. Den veiledende fristen for start av utredning er satt til 6 uker, men individuelle forhold kan endre fristen for start av helsehjelp. Ved omfattende og sammensatte spise-/ernæringsvansker og omfattende vansker knyttet til seksualitet, som i denne behandlingslinjen også gis som eksempel på utfordrende atferd, gjelder egne frister (1).

I henvisninger som beskriver utfordrende atferd, hvor fare for skade på seg selv eller andre er vesentlig og det vurderes vedtak om bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenestelloven kapittel 9 Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming (hol. kap. 9) og kommunen ber om bistand, skal HABU bistå. HABU skal bistå kommunen ved kartlegging av problemer og årsaker, utforming av tiltak, gjennomføring av enkelte av tiltakene og vurdere om andre løsninger er tilstrekkelig utprøvd (1;10).

Det eksisterer ikke helt klare skiller mellom ulike grader av atferdsvansker. Det vil være glidende overganger mellom lette og moderate atferdsvansker, som ikke gir rett til helsehjelp, til mer omfattende atferdsvansker eller utfordrende atferd (6). Konkrete, individuelle, faglige og skjønnsmessige vurderinger om rett til helsehjelp må gjøres i hvert enkelt tilfelle.

Figur 1

Grader av atferdsvansker og grense for rett til helsehjelp basert på individuelle faglige og skjønnsmessige vurderinger



Alvorlighetsgraden av atferden bør ifølge prioriteringsveilederen for habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten blant annet sees i sammenheng med

- psykososiale forhold og familiens helhetlige livssituasjon
- om symptomene er akutte eller nyoppståtte og om atferdsendringen er stor
- symptomenes varighet
- graden av/potensialet for skade
- om det er mistanke om et syndrom eller underliggende sykdom/plager
- komorbiditet/tilleggsproblematikk
- barnets tilstand og symptombelastning
- om det er betydelig funksjonsfall eller utviklingsmessig stagnasjon
- barnets alder

Der hvor retten til helsehjelp vurderes å ikke oppfylles, sendes faglig begrunnet avslag i brev til pasient og henvisende instans med anbefalinger for annen oppfølging og informasjon om klageadgang (31).

4 OPPSTART

4.1 Avklaring av henvisning og innhenting av opplysninger

Anbefalinger

- Det bør gjennomføres en samtale med foreldre ved oppstart av forløpet med utveksling av informasjon og avklaring av samtykke til videre utredning. Det kan være aktuelt at henviser og/eller andre nærpersoener deltar i samtalen.
- Barnet eller ungdommen har rett til informasjon. Hvordan barnet eller ungdommen skal informeres og involveres i behandlingsforløpet må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Det må innhentes tilstrekkelige opplysninger om barnet eller ungdommen fra omsorgsgivere, andre instanser og eventuelt barnets journal før ulik helsehjelp gis (32). Det anbefales å gjennomføre en samtale med foreldre i oppstart av forløpet. I mange tilfeller kan det også være aktuelt at henviser og/eller andre nærpersoener deltar. Det bør avklares om det er behov for tolk (33).

Det bør avklares på forhånd om det er hensiktsmessig at barnet eller ungdommen deltar på den første samtalen, eller involveres på et senere tidspunkt. Hvor mye barnet eller den unge involveres og er i stand til å samtykke og ta valg i utredningen og behandlingen, må vurderes i hvert enkelt tilfelle (34).

Enkelte habiliteringstjenester velger å innhente noe av informasjonen fra andre aktuelle instanser og/eller observere barnet eller ungdommen i sitt vante miljø før den første samtalen.

Første samtale

Punktene under er forslag til tema som kan være aktuelle å snakke om i en første samtale.

Avklaring av henvisningen

- Det bør innledningsvis avklares om foreldre og/eller barnet eller ungdommen er kjent med bakgrunnen for hvorfor de er henvist og innholdet i henvisningen. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (32).
- Det må avklares hva som i denne sammenhengen er viktig for barnet eller ungdommen og familien (35).
- Det bør gis informasjon om habiliteringstjenesten, hva bistand herfra innebærer og hva som er rammene for samarbeidet.
- Utdyping av problemstillingen. Hvordan ser den utfordrende atferden ut? Har den nylig oppstått? Har atferden gradvis utviklet seg over tid? Er den situasjonsbestemt? Når skjer den ikke? Har barnet hatt andre utfordrende atferdsuttrykk tidligere?
- Kartlegging og avklaring av barnets/ungdommens, foreldres og eventuelt samarbeidende instansers forventninger, mål, ønsker og behov for utredning og oppfølging.

Informasjon om barnet eller ungdommen og livssituasjon

- Barnets diagnoser, medisinske opplysninger og funksjonsbeskrivelse.
- Omsorgssituasjon. Hvordan er familiens nettverk og ressurser? Er det mindreårige søsken i familien og er disse i fare for å bli utsatt for vold eller andre skadelige opplevelser?

- Har atferden sammenheng med nylige endringer som sykdom, endringer i omgivelser og rammer, som for eksempel skolestart, skolebytte eller flytting?
- Kan atferden ha sammenheng med belastende livshendelser som skilsmisse, tap i nære relasjoner eller traumer som ulykke, vold?
- Er det aspekter ved familiens bakgrunn, etnisitet eller kultur som kan ha relevans i forbindelse med oppfatningen eller beskrivelsen av den utfordrende atferden?
- Hvilke konsekvenser har atferden for barnet eller ungdommen, søsken, foreldre, miljø og arenaer rundt barnet?
- Er det behov for umiddelbare tiltak? Se kapittel 4.4.
- Hvordan opplever foreldrene opplæringsstilbudet barnet eller ungdommen mottar?
- Nåværende eller tidligere tilbud fra andre tjenester?
- Har barnet eller ungdommen individuell plan og/eller koordinator eller ansvarsgruppe eller er det ønske og behov for dette? (36;37).

Avklaring av og samtykke til videre oppfølging

- Avklare om det samtykkes til videre utredning (34;38;39).
- Dersom behandlingsansvarlig ved HABU er i tvil om ungdom mellom 16 og 18 år har kompetanse til å samtykke til helsehjelp, skal samtykkekompetanse vurderes før utredningen starter.
- Det bør innhentes samtykke fra foreldrene eller ungdommen (16-18 år) til at HABU kan innhente informasjon fra og utveksle informasjon med andre helse- og omsorgstjenester (2;40).
- Det skal alltid innhentes samtykke fra foreldrene eller ungdommen (16 – 18 år) til innhenting og utveksling av informasjon med sektorer utenfor helsetjenesten (2;40).
- Informere familien om hvem som er barnets/ungdommens koordinator/kontaktperson og eventuell kontaktlege i HABU (37;38;41).
- Det bør innhentes informasjon fra foreldrene om det er hensyn som bør tas ved planlegging av utredning, eksempelvis tidspunkt på dagen det passer for samtaler, observasjoner eller lignende.

4.2 Planlegging av utredning

Anbefaling

- Det bør avholdes en intern drøfting i HABU for å planlegge videre utredning og innhenting av informasjon fra aktuelle tjenester.
- Observasjon av barnet eller ungdommen på aktuelle arenaer kan være nyttig for å gjøre gode vurderinger av hvordan videre utredning bør gjennomføres.
- Utredning og kartlegging av utfordrende atferd er i de fleste tilfeller mest hensiktsmessig å gjøre ambulant.
- Dersom barnet mottar helse- og omsorgstjenester må det innhentes informasjon fra disse tjenestene, og informasjon om hvilke vurderinger kommunen har gjort knyttet til helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.
- Det bør innledningsvis vurderes om det skal samarbeides med og/eller viderehenvises til andre deler av spesialisthelsetjeneste.

Etter innledende innhenting av informasjon bør det avholdes en intern drøfting i HABU for å planlegge videre utredning. Observasjon av barnet eller ungdommen på aktuelle arenaer kan være nyttig for å gjøre gode vurderinger av hvordan videre utredning skal gjennomføres.

Utredning og kartlegging av utfordrende atferd er i de fleste tilfeller mest hensiktsmessig å gjøre ambulant i barnets eller ungdommens hjem, barnehage, skole og/eller avlastning, men det kan også suppleres med undersøkelser poliklinisk eller i institusjon (40).

Utredningen og kartleggingen kan foregå ved samtaler, ved bruk av strukturerte utrednings- og kartleggingsverktøy og observasjoner av barnet eller ungdommen. Hvis barnet eller ungdommen i liten grad selv kan delta i undersøkelser kan observasjoner utføres og kartlegging av hvilken tilrettelegging barnet har og diagnostisk screening/intervju gjennomføres med foreldre og/eller informanter fra barnet eller ungdommens ulike arenaer. Det kan også være aktuelt å ta opp videosekvenser av barnet eller ungdommen, som grunnlag for drøfting i tverrfaglig team.

Utredning og kartlegging av utfordrende atferd kan kreve koordinert jobbing på tvers av nivåer og sektorer (2) og involverer aktivt foreldre og kommunale/fylkeskommunale samarbeidspartnere (42).

Det bør opprettes samarbeid med og innhentes informasjon fra andre involverte instanser som barnehage/skole, pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT) og eventuelt avlastning/heldøgns bo- og tjenestetilbud (barnebolig) om hvordan atferden håndteres og effekt av tidligere og nåværende tiltak.

Dersom barnet mottar helse- og omsorgstjenester må det innhentes informasjon fra disse tjenestene og vurderinger som er gjort knyttet til helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9:

- Benyttes det tvang og makt?
- Er det fare for vesentlig skade?
- Er tiltakene som benyttes faglig og etisk forsvarlige?
- Hvilke skadeavvergende tiltak gjennomføres nå?
- Er det behov for å utarbeide vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9?

Vurdering av viderehenvisning

I henvisninger der det beskrives et sammensatt utfordringsbilde, uklare avgrensninger i prioriteringsveilederne eller behov for utredning av flere tilstander må det vurderes om det skal samarbeides med og/eller viderehenvises til andre deler av spesialisthelsetjenesten, for eksempel BUP (1;2;43).

Blir det vurdert at en ungdom er i behov av langvarig oppfølging fra habiliteringstjenesten, bør det vurderes om det skal sendes henvisning eller avholdes et drøftingsmøte allerede i utredningsfasen med aktuell voksenhabiliteringstjeneste. Se kapittel 8.2.

4.3 Behandlingsplan

Anbefaling

- Når det er innhentet tilstrekkelig informasjon bør HABU utarbeide en behandlingsplan som beskriver hva som bør utredes, fremdrift og ansvar for utredningen.

En behandlingsplan gir en samlet oversikt over planlagt innsats fra de ulike fagpersonene i HABU. Planen kan være til hjelp for å koordinere tiltakene. Informasjonen kan fylles inn av de ulike faggruppene, eller av koordinator/kontaktperson i HABU. Behandlingsplanen følger barnet eller ungdommen gjennom hele forløpet og oppdateres etter behov. Behandlingsplanen kan vises til i eller være en del av individuell plan (IP), dersom barnet eller ungdommen har dette.

En behandlingsplan kan inneholde:

- Aktuell informasjon fra henvisningen og problemstilling.
- Informasjon om hvordan barnets/ungdommens og/eller foreldrenes medvirkning og innflytelse på utredning ivaretas (44).
- Barnets eller ungdommens diagnoser, når de er satt og av hvem.
- Informasjon om behandlingsteamet til barnet eller ungdommen.
- Planlagt utredning, kartlegging og observasjon som skal gjennomføres av de ulike fagpersonene.
- Hvem som forventes å delta fra kommunale instanser.
- Eventuelt samarbeid med andre instanser, som for eksempel BUP og HAVO.
- Dato for tilbakemelding fra utredning.

Behandlingsplanen med informasjon om plan for utredning journalføres og sendes pasient/foreldre og aktuelle samarbeidsparter.

Etter hvert som tiltak og behandling anbefales føres dette inn i eksisterende behandlingsplan eller det opprettes en ny. Se også kapittel 5.8.

4.4 Umiddelbare tiltak

Anbefaling

- Ved utfordrende atferd som umiddelbart kan medføre alvorlig skade på vedkommende selv, på andre personer eller alvorlige skader på egne eller andres eiendeler må det vurderes å iverksette umiddelbare tiltak.

Utfordrende atferd kan medføre umiddelbar alvorlig skade på vedkommende selv, på andre personer eller materiell. Det må da vurderes å igangsette umiddelbare tiltak. Igangsettelse av umiddelbare tiltak krever et nært samarbeid med kommunen siden mange av tiltakene hører til kommunens ansvarsområder (3).

Det kan være flere umiddelbare tiltak som bør vurderes:

- Observere barnet eller ungdommen og innhente ytterligere informasjon om den utfordrende atferden.
- Utføre voldsrisikovurdering. Se kapittel 5.4.1.
- I samarbeid med kommunen gi veiledning til foreldre og tjenesteytere i forebygging og deeskalering for eksempel av aggressiv atferd.
- Informere kommunen om barnets/ungdommens og familiens situasjon og behov for oppfølging fra kommune for eksempel avlastning eller heldøgns bo- og tjenestetilbud (barnebolig) (39).
- Anbefale og bistå i samarbeidet om å utarbeide en krisehåndteringsplan. Krisehåndteringsplanen bør klargjøre hvordan nærpersoener kan håndtere den utfordrende atferden, og hvem foreldre/nærpersoener kan kontakte hvis de trenger hjelp til å håndtere situasjonen.
- Fremkommer det informasjon som vekker bekymring for barnet eller ungdommen og/eller søsken bør dette drøftes i det tverrfaglige teamet og eventuelt sende bekymringsmelding til barneverntjenesten (45). Dette bør fortrinnsvis gjøres i samarbeid med foreldrene.
- Vurdere behov for somatisk undersøkelse og behov/justering av aktuell medisiner (46;47).
- Innleggelse i døgnpst.
- Henvise til andre instanser som for eksempel psykisk helsevern for barn og unge.
- Bistå kommunen i utforming og iverksettelse av forebyggende tiltak, andre løsninger og skadeavvergende tiltak og vurdere behov for å fatte vedtak om bruk av tvang og makt i henhold til hol. kap. 9. Se kapittel 6.3.

Opplæring av personell i kommunen i fysisk håndtering av aggressiv og voldelig atferd er kommunens ansvar. Opplæringen ivaretas eventuelt av ressurspersoner i kommunen eller av private aktører som kommunen inngår avtale med. Når det gjelder foreldres fysisk håndtering av barnets/ungdommens aggressive og voldelige atferd er det ulik praksis på om det blir gitt opplæring og veiledning rundt dette, og det er uavklart hvem som har ansvaret for at det blir gitt veiledning.

Ressurs

- Arbeid med akuttplan – Frambu (frambu.no)

4.5 Hjelpe- og støttetiltak til foreldre og søsken

Anbefalinger

- HABU bør gjøre seg kjent med hvilke hjelpetiltak kommunen eller andre instanser kan tilby familien.
- Kommunen og/eller HABU bør bistå foreldre med informasjon om rettigheter, og eventuell bistå med hjelp til å søke om aktuelle støtte- og hjelpetiltak.
- HABU skal bidra med kartlegging og ivaretagelse av mindreårige søskenes behov for informasjon, støtte og oppfølging.

Det er en stor belastning for foreldre og familie å ha et barn eller en ungdom som fremviser utfordrende atferd. Det kan gi bekymringer både kort- og langsiktige, økt stress og nedsatt livskvalitet (15;48).

Hjelpetiltak for foreldre

HABU bør gjøre seg kjent med hvilke hjelpetiltak kommunen eller andre instanser kan tilby familien. Kommunen og/eller HABU bør bistå foreldre med informasjon om trygdeøkonomiske rettigheter og eventuell hjelp til å søke ulike støtte- og hjelpetiltak eller utvide eksisterende tiltak (2). Kommunen, med eventuell støtte fra HABU, kan tilby foreldre støttesamtaler som hjelp til å mestre situasjonen i familien eller vise til andre tilbud for eksempel i regi av familievernkontoret (49). Ulike tilbud ved lærings- og mestringssentrene i helseregionen vil kunne være aktuelle for foreldre. For foreldre til de yngste barna (0-6 år) finnes for eksempel «Starthjelpkurset» (50).

Det er viktig at HABU bidrar til godt samarbeid mellom foreldre og de ulike instansene rundt barnet eller ungdommen. Spesielt er ulike overganger, fra for eksempel barnehage til skole eller skolebytter sårbare. Dersom det er tilløp til konflikter eller samarbeidsproblemer mellom foreldre og noen av de offentlige hjelpeinstansene anbefales det at dette så tidlig som mulig tas tak i og blir forsøkt ryddet i og avklart, ettersom slike konflikter kan forverre seg over tid (51).

For å bedre kunne treffe med hjelpetiltak til foreldre kan kartleggingsverktøyet Parenting Stress Index (PSI) benyttes (7;52). PSI måler belastning og stress hos foreldre på ulike områder og kan hjelpe foreldre og hjelpeapparat til å avdekke behov for å prioritere mestrings- og hjelpetiltak. Kartleggingen vil kunne være til hjelp for å vurdere foreldres kapasitet til å delta i utredning og behandling eller om det er andre tiltak som avlastning eller støtte fra andre hjelpeinstanser som bør prioriteres. Kartleggingsverktøyet kan også brukes som samtaleverktøy.

Det vil i mange tilfeller være aktuelt å anbefale barnekoordinator, individuell plan og ansvarsgruppe slik at foreldre får bedre oversikt over hvilke instanser og hvilke personer som har ansvar for hvilke delområder og selv slipper å koordinere ulike instanser og tiltak (2;36;53).

Foreldre vil kunne ha nytte av ulike kurs som omhandler forebygging og håndtering av utfordrende atferd. Se mer om dette i kapittel 6.1.2.

Oppfølging av mindreårige søsken

HABU må avklare og dokumentere om pasienten har mindreårige søsken (under 18 år), og hvordan mindreårige søsken eventuelt påvirkes av og opplever familiesituasjonen når et søsken har utfordrende atferd (39;54). Både spesialisthelsetjenesten og kommunen skal bidra til at mindreårige søsken følges

opp (3). HABU skal bidra til kartlegging av søskens behov for informasjon, støtte og oppfølging (39). HABU skal bistå med informasjon og veiledning om aktuelle tilbud, etter samtykke og i samråd med foreldrene. Her kan det vises til aktuell pasientinformasjon og informasjonsmateriell. Det bør også informeres om tilbud om kurs, individuelle samtaler eller søskengruppetilbud i regi av HABU eller ved lærings- og mestringssentre ved helseforetaket (LMS). Kommunen skal også ha systemer som sikrer oppfølging av søsken (3). Enkelte brukerorganisasjoner eller frivillige organisasjoner kan også ha søskentilbud.

Ressurser

- [Lærings- og mestringstilbudet Starthjelp – Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse \(mestring.no\)](http://mestring.no)
- [Kurs for foreldre med barn med spesielle behov – Bufdir \(bufdir.no\)](http://bufdir.no)

Kartleggingsverktøy

- Parenting Stress Index (PSI).

Samtaleverktøy om utviklingshemming, autisme og ADHD

- [Samtaleverktøy om utviklingshemming - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](http://oslo-universitetssykehus.no)
- [Autismeplakaten – \(autismeplakaten.no\)](http://autismeplakaten.no)
- [ADHD plakaten – \(adhdplakaten.no\)](http://adhdplakaten.no)

Mindreårige søsken

- [Informasjon og støtte til barn som pårørende – Helsedirektoratet \(helsedirektoratet.no\)](http://helsedirektoratet.no)
- [Barneansvarlig personell - Sørlandet sykehus \(sshf.no\)](http://sshf.no)

Bøker for søsken

- «Meg også» Eldrid Johansen. Universitetsforlaget.
- «Jeg har en bror» Kristin Husby. Klorofon forlag.
- «Linda og Lukas har autisme» Merethe Aksnes Hellem. Spiss forlag.

5 UTREDNING OG KARTLEGGING

Anbefalinger

- Utredning og kartlegging bør være tverrfaglig og involvere ulike faggrupper etter behov.
- Hvilke forhold som utredes og kartlegges og hvor omfattende utredningen bør være, vurderes ut fra alvorlighetsgraden av atferden og kompleksiteten i hvert tilfelle.
- Standardiserte verktøy for kartlegging av atferden bør benyttes der det finnes.
- Informasjon om barnet og ulike forhold rundt den utfordrende atferden bør innhentes fra flere nærperso-ner.
- Utredning og kartlegging gjøres i nært samarbeid med foreldre og kommunale tjenesteytere.

Hensikten med utredning og kartlegging er å identifisere sammenhenger mellom den utfordrende atferden og personlige, somatiske eller miljømessige faktorer som bidrar til at atferden forekommer, slik at riktige tiltak kan iverksettes.

Utredning og kartlegging bør være tverrfaglig og involvere ulike faggrupper etter behov. Hvilke forhold som utredes og kartlegges og hvor omfattende utredningen bør være, vurderes ut fra alvorlighetsgraden av atferden og kompleksiteten i hvert tilfelle.

Vær oppmerksom på å ikke nødvendigvis forklare atferdsutfordringene ut fra en tilstand eller årsak- da flere tilstander og årsaker kan foreligge. Informasjon om barnet og ulike forhold rundt den utfordrende atferden bør innhentes fra flere nærperso-ner.

Standardiserte verktøy for kartlegging av atferden bør benyttes der det finnes, helst med norske/nordiske normer (18).

Kartlegging og utredning kan anses som en kontinuerlig prosess siden de ulike faktorene kan endre seg over tid (7). Utredning og kartlegging gjøres i nært samarbeid med foreldre og kommunale tjenesteytere og flere av kartleggingene gjennomføres av foreldre og kommunale tjenesteytere, eventuelt med veiledning fra HABU.

5.1 Informasjon om barnets diagnoser

Anbefalinger

- Informasjon om barnets diagnoser må innhentes for å avklare hvordan disse kan ha betydning for den utfordrende atferden.

Oppdatert kunnskap og informasjon om barnets diagnoser må innhentes for å avklare om det er beskrevet atferdsmønster fra underliggende genetiske tilstander og syndromer som kan være medvirkende årsak til den utfordrende atferden (32). Ved flere syndromer er ulike former for utfordrende atferd beskrevet (7).

Ressurser

- [Sykdommer – Helsenorge \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no)
- Sjeldentelefonen: 800 41 710 / sjeldne-diagnoser@ous-hf.no
- [Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser \(frambu.no\)](https://frambu.no)

5.2 Somatisk utredning**Anbefalinger**

- Det bør gjennomføres en somatisk utredning av barnet eller ungdommen tidlig i utredningsforløpet for å utelukke at somatisk sykdom, plager, smerter eller bivirkninger av medisiner kan være årsak til den utfordrende atferden.
- Visuell støtte, med bruk av symboler, kroppsplakat, smerteskala eller lignende, kan være til hjelp i kommunikasjonen med barnet eller ungdommen under utredningen.
- Fagpersoner som kjenner barnet bør bidra med informasjon og eventuelt delta på legekonsultasjonen sammen med foreldre.

Barn med utviklingshemming har økt forekomst av somatisk sykdom (55). Somatisk sykdom, plager, smerter og bivirkninger av medisin kan helt eller delvis være årsak til utfordrende atferd hos barn og unge. Dette må utelukkes (47). En somatisk undersøkelse gjennomført av lege i HABU bør derfor inngå på et tidlig tidspunkt i utredningen av utfordrende atferd (32). Det forventes at fastlege/henvisende lege har gjort en grunnleggende medisinsk vurdering og eventuell behandling av barnet før henvisning til habiliteringstjenesten (18;56).

Vær oppmerksom på endringer i atferd som oppstår plutselig, gradvis eller som er syklisk. Vær også oppmerksom på at smerter kan komme til uttrykk på atypiske måter og at barnet eller ungdommen vil kunne ha vansker med å formidle smerter og fysiske plager. Visuell støtte som for eksempel symboler, kroppsplakat, smerteskala eller lignende kan være til hjelp i kommunikasjonen med barnet eller ungdommen under utredningen. Det anbefales at fagpersoner som kjenner barnet, for eksempel fra HABU eller kommunen, bidrar med informasjon og eventuelt deltar på legekonsultasjonen sammen med foreldre.

Aktuelle temaer for utredningen kan være

- generell somatisk undersøkelse inkludert BT/puls, undersøkelse av hjerte/lunger/buk, nevrologisk undersøkelse, høyde, vekt, BMI
- naturlige funksjoner
- søvn (42)
- spising og ernæring, dysfagi, matlyst, over/undervekt, spising av ikke-fordøyelige substanser
- vannlating og avføring
- tarmfunksjon
- menstruasjon
- motorisk funksjon
- tap av ferdigheter

- smertetilstander (42)
 - tannhelse
 - gastroøsofageal refluks
 - obstipasjon
 - hodepine/migrene
 - skader som frakturer, hematomer
 - infeksjoner, for eksempel i ører, urinveier, negler
 - feilstillinger, spastisitet/dystonier
- selvsykdom
- epilepsi, for eksempel anfallsøkning, økt interiktal («subklinisk») epileptisk aktivitet
- syn, hørsel, er det tegn til endring eller tap?
- sensorisk svekkelse
- problemer og komplikasjoner som er kjent ved pasientens grunntilstand
- vurder om det er aktuelt med (fornyet) etiologisk utredning dersom det ikke foreligger årsaksdiagnose
- bivirkninger av medisiner
- allergi
- symptomer på psykisk lidelse
- kropps- og kjønnsidentitet
- belastende livshendelser
- mishandling
- bruk av tvang
- foreldrenes psykiske og somatiske helse og omsorgsevne
- voldsrisikovurdering (se kapittel 5.4.1.)

Listen over er ikke uttømmende. Omfang av undersøkelser bør vurderes individuelt. Kartlegging av flere av punktene kan utføres av andre fagpersoner i HABU i samråd med lege. Indikasjon for supplerende undersøkelser vurderes ut fra anamnese og funn. Det kan for eksempel være aktuelt med blodprøver, genetisk/metabolsk utredning, EEG, skjelettrøntgen, MR og så videre og/eller henvisning til annen avdeling i sykehuset.

Ressurser

Tilrettelegging ved innleggelse

- [eHåndbok - Dobbeltdiagnosen epilepsi og autisme, forberedelse og tilrettelegging ved innleggelse /behandling – Oslo universitetssykehus \(ous-hf.no\)](https://ous-hf.no)

Søvn

- [Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer \(SOVno\) – Helse Bergen \(helse-bergen.no\)](https://helse-bergen.no)

Søvn dagbok

- [Søvn dagbok SOVno – Helse Bergen \(helse-bergen.no\)](https://helse-bergen.no)

Søvn kartleggingsskjemaer oversatt til norsk

- [Spørreskjema – Helse Bergen \(helse-bergen.no\)](https://helse-bergen.no)

Funksjonell analyse av søvn

- [Sleep Assessment and Treatment Tool \(PDF\)](#)

Ernæring/spising

- [Eating and drinking ability classification system \(PDF\) – Oslo universitetssykehus \(ous-hf.no\)](https://ous-hf.no) (for barn med CP, men relevant for andre diagnosegrupper)
- [Nytt skåringsverktøy for spiseforstyrrelser på norsk: PARDI – Helsebiblioteket \(helsebiblioteket.no\)](https://helsebiblioteket.no)
- [EDY-Q - Eating Disorder in Youth-Questionnaire – Helsebiblioteket \(helsebiblioteket.no\)](https://helsebiblioteket.no)

Smerte og ubehag

Ulike verktøy og sjekklister for smerte og ubehag

- Revised- Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (r-FLACC).
- Non-Communicating Children's Pain Checklist-Revised (NCCPC-R).
- Disability Distress Assessment Tool (DisDAT).
- Caregiver Priorities & Health Index of Life with Disabilities (CPCHILD).

Tannhelse

- [Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år – Helsedirektoratet \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no) Kapittel 8 om barn og unge med særlige behov.

5.3 Tverrfaglig vurdering

Anbefalinger

- HABU bør vurdere om barnets eller ungdommens funksjonsvansker er godt nok utredet, eller om det er behov for en ny eller oppdatert vurdering, eventuelt en ny diagnostisk vurdering.

Aktuelle områder som kan utredes

- kognitiv, språklig, kommunikativ og adaptiv funksjon, regulering, eksekutiv funksjon, oppmerksomhet og eventuelle autismesymptomer
- kartlegging av stressorer, krav og forventninger med utgangspunkt i personens funksjonsnivå
- psykisk lidelse, belastende livshendelser, traumer, overgrep eller relasjonsskader
- emosjonell utvikling
- miljø og rammebetingelser som påvirker barnet
- barnets eller ungdommens interesser og preferanser

God forståelse av barnet eller ungdommens forutsetninger og funksjonsnivå er svært viktig, slik at det sosiale og fysiske miljøet kan tilrettelegges for at barnet får en best mulig utvikling ut fra sine forutsetninger. På indikasjon bør det ved HABU vurderes om barnets eller ungdommens funksjonsvansker er godt nok utredet (1) eller om det er behov for en ny eller oppdatert vurdering. En vurdering bør inneholde utredning av kognitiv, språklig, kommunikativ og adaptiv funksjon, regulering, eksekutiv funksjon, oppmerksomhet og eventuelle autismesymptomer. I tillegg bør stressorer, krav og forventninger med utgangspunkt i personens funksjonsnivå kartlegges.

På indikasjon bør psykolog vurdere om det er behov for en ny diagnostisk vurdering av barnet eller ungdommen eller for eksempel en gradering av utviklingshemming. Dersom barnet eller ungdommen har en utviklingshemming bør psykolog vurdere om diagnose på fjerdetegnsnivå, «betydelig atferdsproblemer som krever oppmerksomhet eller behandling» skal settes (18;57).

Det kan være aktuelt å kartlegge og eventuelt utrede om barnets eller ungdommens utfordrende atferd kan være knyttet til psykisk lidelse, belastende livshendelser, traumer, overgrep eller relasjonsskader. Emosjonell utvikling bør også være del av den tverrfaglige vurderingen.

5.3.1 Miljø og rammebetingelser

Miljø- og rammebetingelser, samt strukturelle og organisatoriske forhold kan bidra til at utfordrende atferd fremvises. Det bør derfor kartlegges om barnet eller ungdommen

- er i et miljø med tilpassede krav ut fra funksjonsnivå og hensiktsmessig fordeling mellom aktivitet og hvile
- er i et miljø med kjente og trygge oppgaver og aktiviteter de mestrer og liker
- er i et miljø uten mange triggere for utfordrende atferd, som for eksempel spesifikke lyder, mye støy og/eller for mye informasjon samtidig
- gis tilstrekkelig hjelp og bistand ved gjennomføring av aktiviteter og gjøremål
- har et individuelt tilpasset barnehage/skole-, avlastning- og fritidstilbud eller om tilbudet er preget av for mange kollektive rutiner og løsninger
- har et helse- og omsorgstilbud og/eller dagtilbud med stabile, kjente ansatte, der det er lite vikarbruk og lav turnover

- går overens med andre barn/ungdom i barnehage/skole eller på avlastningstilbudet

5.3.2 Språk- og kommunikasjon

Språk- og kommunikasjonsnivå må kartlegges hos barn og unge som fremviser utfordrende atferd. Blir man ikke forstått, eller forstår man ikke alt som sies, er det lett å bli utrygg, frustrert og fortvilet. Dette kan komme til uttrykk blant annet gjennom utfordrende atferd. Ved kartlegging av barnets språklige utviklingsnivå og kommunikasjonsnivå er det spesielt viktig å se på om eller hvordan, verbalt eller non-verbalt, barnet eller ungdommen ber om leker/aktiviteter, oppmerksomhet, pause eller om å avslutte aktiviteter (58). Se kapittel 5.5.

Behov for alternativ- eller supplerende kommunikasjon skal utredes (3). Se også kapittel 6.2.3.

Ressurser

Kartlegging av grunnleggende språk- og læreferdigheter

- Assessment of Basic Language and Learning Skills-Revised (ABLLS-R).

Kommunikasjonskartlegging

- Kartlegging av kommunikative forutsetninger og behov i personens miljø - Til bruk ved overganger (PDF) – NAV Kunnskapsbanken (kunnskapsbanken.net)
- Communication Function Classification system (CFCS) (PDF) – Sykehuset i Vestfold (siv.no)
- Communication Function Classification System (CFCS) (cerebral parese) (PDF) – Sykehuset i Vestfold (siv.no)
- Skema til Vurdering af Kommunikation og Sprog (SVKS) – Hogrefe Psykologisk Forlag (hogrefe.com)
- Autism classification system of functioning-Social communication. 2-16 år.
- Kartlegging av kommunikative uttrykk (IPCA) - Statped
- Pragmatisk profil af dagligdags kommunikationsfærdigheder hos børn. For mennesker med store kommunikasjonsvansker. Pragmatisk Profil (tavsgruppen.dk)

Språktester

- MacArthur- Bates Communicative Development Inventories-CDI. 8 mnd-4 år.
- Reynells språktest. 1 ½-6 år.
- The new Reynell Developmental language scale (NRDLS). 3-7 år.
- Test for reception of grammar-2 (TROG-2). 4-16 år.
- Språk 6-16. 6-16 år.
- Children's Communication Checklist- Second Edition (CCC-2). 4-16:11 år.
- British Picture Vocabulary Scale (BPVS II). 3-16 år.

5.3.3 Adaptive ferdigheter og bistandsbehov

Barnets eller ungdommens ferdigheter i dagliglivet bør kartlegges. Kartleggingen vil kunne bidra til å vurdere behov for hjelp og tilrettelegging og om krav, forventninger og hjelp fra omgivelsene er på rett nivå. Det er viktig å ikke over- eller undervurdere barnet eller ungdommen i ulike daglige situasjoner. Dersom det stilles for høye krav til barnet eller ungdommen over tid vil det kunne være belastende og kan ha sammenheng med forverring eller endring i atferd (59).

Ressurser**Vurdering av adaptive funksjon**

- Vineland Adaptive Behavior Scales-2.
- Vineland Adaptive Behavior Scales-3 (Nye skandinaviske normer).
- Adaptive Behavior Assessment System, Third edition (ABAS-3) (Svensk-danske normer).

Kartlegging av grunnleggende språk- og læreferdigheter

- Assessment of Basic Language and Learning Skills-Revised (ABLLS-R).

Forflytning, daglige aktiviteter og sosiale ferdigheter

- Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI).

Motorisk utviklingsnivå

- Movement Assessment Battery for Children (Movement ABC-2).
- Peabody Motor Developmental Scale (PDMS-2).

5.3.4 Psykiske lidelser

Barn og unge med funksjonsnedsettelse har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser sammenlignet med barn og unge uten funksjonsnedsettelse. Angst, depresjon og tvangslidelse er de vanligste psykiske lidelsene og har oftest debut i tidlig ungdom (60;61).

Diagnostisk overskygging

Hos barn og unge med ulike funksjonsnedsettelse kan symptomer på psykiske lidelser fremstå på en atypisk måte og gi seg utslag i form av utfordrende atferd. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD), angst og depresjon kan for eksempel vise seg som aggressiv og/eller irritabel atferd. Bipolar lidelse og psykoselidelse/schizofreni har debut i tidlig ungdomstid og kan også være forbundet med alvorlig aggressiv/irritabel atferd.

En fortolkning av slike plager som symptomer på grunnlidelsen, for eksempel ved utviklingshemming eller autisme, kan føre at psykiske lidelser blir oversett og at barnet eller ungdommen ikke får den psykiske helsehjelpen det er behov for (47).

Kartlegging av psykiske lidelser

På indikasjon og ved kartlegging og utredning av psykiske lidelser anbefales det å bruke standardiserte kartleggingsverktøy. Dersom barnet eller ungdommen har utviklingshemming og/eller autisme er verktøy utviklet for personer med utviklingshemming og/eller autisme å anbefale (62). Disse bør eventuelt kombineres med konvensjonelle diagnostiske utredningsverktøy, da diagnostiske verktøy utviklet for denne pasientgruppen ikke finnes (47).

Oppfølging ved psykiske lidelser

Som hovedregel skal barn og unge med lett eller moderat psykisk utviklingshemming og samtidig psykisk lidelse utredes og behandles i BUP. For barn og unge med alvorlig eller dyp psykisk utviklingshemming og samtidig psykisk lidelse ligger hovedansvaret for utredning og behandling til HABU (43).

HABU kan be om bistand fra BUP ved behov når det gjelder utredning og behandling (1;47). Et samarbeid innad i helseforetaket er viktig for å unngå at barnet eller ungdommen blir «kasteballer» i systemet (2).

Dersom barn eller unge med lett eller moderat utviklingshemming er under oppfølging ved HABU, kan det vurderes å gjøre en innledende, begrenset utredning av mulig psykisk lidelse i HABU før man eventuelt henviser til BUP. Dette kan gi en mer velfundert henvisning til BUP fordi det kan tydeliggjøre hvorvidt det faktisk er grunn til å mistenke en psykisk lidelse.

Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge (RHABU) har i samarbeid med Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) utarbeidet en rapport som gir anbefalinger for utredning og behandling av psykiske lidelser hos barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme (47).

Ressurser

Verktøy for å kartlegge utfordrende atferd og psykiske lidelser tilpasset for personer med utviklingshemming og/eller autismespekterforstyrrelser

- Aberrant Behavior Checklist- 2 (ABC-2). 6-89 år.
- Developmental Behavior Checklist- Parent form (DBC-P/DBC2-P). 4-18 år.
- Psychopathology in Autism Checklist (PAC). Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier (NevSom). Bestilles fra NevSom.

Generelle verktøy for diagnostisering av psykiske lidelser

- Kiddie-SADS (PL) DSM-5. 6-18 år.
- Development and well-being assessment (DAWBA). 5-17 år. Kan passe ved lett utviklingshemming.

Kompetansetjenester med informasjon om ressurser

- PsykTestBarn (psyktestbarn.r-bup.no). Elektronisk tidsskrift som utgir artikler om måleegenskaper ved norske versjoner av tester og kartleggingsverktøy.
- Nasjonalt kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk helse (NKUP) – Oslo universitetssykehus (oslo-universitetssykehus.no)

5.3.5 Belastende livshendelser

Barn og unge med utviklingshemming og/eller autisme er mer utsatt enn andre for mobbing, ulike skader, fysisk og psykisk vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt (55;63). Å fremvise utfordrende atferd kan i seg selv også være en risikofaktor for å bli utsatt for ulike overgrep (17).

Personer med utviklingshemming som har blitt utsatt for overgrep har ofte en økt forekomst av ulike former for utfordrende atferd etter hendelsene (64). Informasjon om belastende livshendelser og traumer som barnet eller ungdommen opplever, eller har opplevd, bør derfor innhentes (7).

Helsepersonell har plikt til å gi opplysninger til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at barn blir mishandlet, eller at det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt (39). Leder ved aktuell tjeneste

og eventuelt andre instanser må varsles dersom det er mistanke om at ansatte utøver vold eller lignende mot barnet (65).

Barnet eller ungdommen kan være sårbare for selv å utøve skadelig seksuell atferd (SSA) (66). Det finnes verktøy for å kartlegge problematisk eller skadelig seksuell atferd og som beskriver hvilket tilsyn, behandling eller oppfølging det kan være behov for (67).

Ressurser

Kartlegging av traumer

- Kartlegging av traumatiske erfaringer og posttraumatiske symptomer (KATES)-foreldre. 3-6 år. (Må brukes med forsiktighet (68)).
- Kartlegging av traumatiske erfaringer og posttraumatiske symptomer (KATES). 7-17 år. (Må brukes med forsiktighet (68)).
- The Lancaster and Northgate trauma Scales-Intellectual Disabilities (oversatt til norsk). Kan fås tilsendt ved å kontakte Arvid Nikolai Kildahl på uxarvk@ous-hf.no.
- Trauma Information Form (Oversatt til norsk). Kan fås tilsendt ved å kontakte Arvid Nikolai Kildahl på uxarvk@ous-hf.no.

Kartlegging av problematisk eller skadelig seksuell atferd

- Assessment, Intervention and Moving on- 3 (AIM3). 12-18 år.
- Protective and risk observations for Eliminating Sexual Offence Recidivism (PROFESOR). 12-25 år. [PROFESOR – Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoedsforebygging \(rvtsvest.no\)](http://rvtsvest.no)

Tilbud om psykologisk behandling til familier hvor barn har opplevd eller begått seksuelle overgrep og/eller vold

- [Hjelp til familien ved familievernkantoret | Buftir \(buftir.no\)](http://Hjelp%20til%20familien%20ved%20familievernkontoret%20-%20Buftir%20(buftir.no))

Kartleggingsverktøy av kunnskap om kropp, pubertet, seksualitet, grenser og misbruk mm.

- KroppKunn.
- SexKunn.

Kompetansetjenester med informasjon om ressurser

- [Vold og overgrep | Buftir \(buftir.no\)](http://Vold%20og%20overgrep%20-%20Buftir%20(buftir.no))
- [Veiledere og ressurser i arbeidet med å forebygge vold og overgrep | Naku \(naku.no\)](http://Veiledere%20og%20ressurser%20i%20arbeidet%20med%20å%20forebygge%20vold%20og%20overgrep%20-%20Naku%20(naku.no))
- [En veileder om vold i nære relasjoner – veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid – NKVTS \(nkvt.s.no\)](http://En%20veileder%20om%20vold%20i%20nære%20relasjoner%20-%20veileder%20for%20helse-%20og%20omsorgstjenestens%20arbeid%20-%20NKVTS%20(nkvts.no))
- [Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress – NKVTS \(nkvt.s.no\)](http://Nasjonalt%20kunnskapssenter%20om%20vold%20og%20traumatisk%20stress%20-%20NKVTS%20(nkvts.no))
- [Regionalt ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Øst - RVTS Øst \(rvtsost.no\)](http://Regionalt%20ressurssenter%20om%20vold%20traumatisk%20stress%20og%20selvmordsforebygging%20region%20Øst%20-%20RVTS%20Øst%20(rvtsost.no))
- [Nettverk: Funksjonsnedsettelse, seksualitet og samliv](http://Nettverk%20Funksjonsnedsettelse%20seksualitet%20og%20samliv)

5.3.6 Emosjonell utvikling

Barnet eller ungdommens emosjonelle utvikling, uttrykk og regulering av fortvilelse, frustrasjon eller sinne kan være på et lavere utviklingsnivå enn barnets generelle kognitive fungering. Ved å kartlegge og

vurdere hvor barnet eller ungdommen er i sin emosjonelle utvikling, vil man kunne få en bedre forståelse av den utfordrende atferden som fremvises. For eksempel vil barn og unge kunne være på et emosjonelt utviklingsnivå og ha et reaksjonsmønster som tilsvarer et yngre barns hvor hele kroppen brukes for å uttrykke seg, sammen med gråt og skriking, selv om barnets eller ungdommens ferdigheter på andre utviklingsområder er mer utviklet (69-71).

Ressurser

- Meeting Emotional Needs in Intellectual Disability. The developmental approach. Sappok, Zepperlitz & Hudson, Hogrefe forlag.

5.3.7 Kartlegging av interesser og preferanser

I utforming av opplærings- og behandlingstiltak bør det tas utgangspunkt i barnets eller ungdommens interesser og preferanser. Kartlegging av interesser og preferanser kan gjøres i form av intervjuer med barnet eller ungdommen om mulig eller foreldre/andre nærpersioner, eller ved bruk av sjekklister og observasjoner. Når man har funnet ulike leker og aktiviteter barnet eller ungdommen liker, kan man teste ut hvilke som kan og bør brukes i opplæring og behandling for å fremme og forsterke mer ønsket og hensiktsmessig atferd (72) og hvilke leker og aktiviteter personen bør ha tilgang til selv. HABU kan veilede/bistå kommunen i kartleggingen.

En kartlegging av barnets sensoriske profil, for eksempel med Sensory Profile-2, vil kunne gi informasjon om hvilke sanseopplevelser barnet eller ungdommen oppsøker, unngår eller er spesielt følsom for.

Ressurser**Preferanse- og forsterkerkartlegging**

- Reinforcer Assessment for Individuals with severe Disabilities (RAISD).
- The socially Mediated and Automatic Reinforcer Questionnaire (SMARQ).
- [Interessekartleggingsskjema - for læring og trivsel - Statped](#)
- saannviljehadet.no

Sensoriske preferanser

- Sensory Profile-2.

Måling av livskvalitet

- Life Experience Checklist.
- Quality of Life Questionnaire.

5.4 Beskrivelse og kartlegging av utfordrende atferd

Anbefalinger

- Atferdens hyppighet, varighet og/eller intensitet bør kartlegges og beskrives, og atferdens skadevirkninger vurderes.
- Både standardiserte og ikke-standardiserte registreringer og kartlegginger av atferden bør benyttes underveis for å kunne vurdere effekt av behandling og tiltak.
- Foreldre og andre nærpersoener bør involveres i kartleggingen.
- Det bør utføres en systematisk voldsrisikovurdering og settes inn umiddelbare tiltak hvis barnet eller ungdommen fremviser så alvorlig utfordrende atferd at det kan være til fare for barnet eller ungdommen selv og/eller andre personer.

Det bør lages en beskrivelse av den utfordrende atferden og omfanget bør registreres og kartlegges (10). Foreldre og andre nærpersoener bør involveres i kartleggingen ved å utføre registreringer. Veiledning og samkjøring av nærpersoener kan være nødvendig (73). Det bør tas hensyn til at det for foreldre kan være følelsesmessig vanskelig å beskrive og kartlegge barnets atferd.

Ved atferd som kan føre til umiddelbare personskader, som alvorlig selvskading eller voldsatferd rettet mot andre, kan det igangsettes skadeavvergende tiltak uten å foreta noen kartlegging og utredning først. Kartlegging og utredning må da gjennomføres senere (10).

Beskrivelser av utfordrende atferd kan inneholde informasjon om

- hvordan atferden ser ut
- hvilke skadevirkninger den gir (alvorlighetsgrad, vesentlig skade?)
- eventuelle variasjoner og trender

Atferden bør beskrives så presist at de som skal registrere den klarer å skille mellom forekomster og ikke-forekomster (74). Registreringer kan gjøres for eksempel av

- hvor hyppig atferden forekommer
- hvor lenge atferden varer i tid
- intensiteten av atferden
- når atferden ikke forekommer

Det kan også være nyttig å beskrive atferden for å se om man kan finne alternativ atferd som barnet kan lære. Informasjon om eventuelle forløpere eller tidlige tegn på atferden kan brukes ved utarbeidelsen av behandlingstiltak (72).

Registreringer av utfordrende atferd i bestemte tidsintervall over tid, vil kunne avdekke eventuelle endringer og variasjoner, og vil kunne danne grunnlaget for å vurdere effekt av behandling eller tiltak som igangsettes (72). Målinger fra standardiserte kartlegginger, for eksempel Aberrant Behavior Checklist-2 kan også benyttes og gjentas etter oppstart av tiltak for å vurdere effekt av disse (75).

Man må være bevisst at observasjon, kartlegging og registrering av atferd i seg selv kan føre til endringer i atferd (72).

Ressurser**Kartlegginger**

- Aberrant Behavior Checklist-2 (ABC-2). 6–89 år. For personer med utviklingshemming.
- Developmental Behavior Checklist (DBC). 4–18 år. For personer med autisme og/eller utviklingshemming.

Bøker

- Cooper, Heron & Heward, (2020). Applied behavior analysis. Harlow, UK: Pearson Education.
- Viken, K. (2018) Atferdsanalytisk miljøbehandling – Struktur og kvalitet i tilrettelagte tjenester. Gyldendal Norsk forlag.

5.4.1 Voldsrisikovurdering

Enkelte barn eller unge fremviser så alvorlig utfordrende atferd at det kan være til fare for sikkerheten til barnet eller ungdommen selv og/eller andre personer og/eller risiko for alvorlig hemming av egen utvikling eller varig funksjonstap. Det bør da utføres en systematisk voldsrisikovurdering (farlighetsvurdering) av atferden (10).

Ved voldsrisikovurderinger er det viktig å vurdere alvorligheten og frekvensen av atferd som fremvises og hvilke konsekvenser det kan få for barnet eller ungdommen og miljøet rundt på kort og lang sikt. Formålet med voldsrisikovurderinger er å forebygge alvorlig utfordrende atferd (10), men kan også gjennomføres for å vurdere om barnet har behov for flere tjenester eller andre rammer.

En voldsrisikovurdering bør gjøres hvis barnet eller ungdommen

- påfører skade på seg selv, familiemedlemmer eller andre personer
- har en atferd som fører til utmattelse hos familie/nettverk og/eller barnehage/skole/avlastning
- har en rask eskalering av eller raskt svingende forekomst av utfordrende atferd
- er suicidal eller selvskader
- har redusert egenomsorg
- blir utnyttet av andre
- blir misbrukt (for eksempel seksuelt eller økonomisk)
- utnytter andre (for eksempel seksuelt eller økonomisk)

En voldsrisikovurdering kan gjøres relativt raskt og kortsiktig i enkeltsituasjoner, for eksempel med bruk av Brøset Violence Checklist (BVC). Sjekklisten kan brukes av foreldre hjemme eller av tjenesteytere på for eksempel skole eller avlastning.

De mer omfattende voldsrisikovurderingene, som for eksempel Structured assessment of violence risk in youth (SAVRY), foretas i et tverrfaglig samarbeid mellom fagpersoner som har opplæring i bruk av aktuelle kartleggingsinstrumenter og vurderinger av resultatene. Innhenting av informasjon gjøres gjerne i samarbeid med kommunen. Lege eller psykolog med kompetanse i risikoutredning av vold bør gjøre sluttvurderingen (76).

Vurderingene kan gjøres flere ganger, for eksempel for å se på endringer over tid og effekt av tiltak (10).

Dersom en voldsrisikovurdering viser alvorlig risiko bør umiddelbare tiltak iverksettes. Se kapittel 4.4.

Voldsrisikovurderingen med beskrivelse av håndtering og anbefalinger skal journalføres og innholdet videreformidles til aktuelle instanser. I tilfeller der voldsrisikoen vurderes som lav, dokumenteres også dette i journal.

Ressurser

Kartleggingsverktøy/sjekklister

- Brøset Violence Checklist (BVC) (Kan unntaksvis brukes på ungdommer ned til 16 år).
- [SAVRY 12-18 år \(PDF\) – Sifer \(sifer.no\)](#)
- Voldsrisikosjekkliste-10 (V-Risk-10) (Kan unntaksvis brukes på ungdommer ned til 16 år).
- Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS analyse).

Sentrale føringer fra Helsedirektoratet

- [Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse – Helsedirektoratet \(helsedirektoratet.no\)](#)

Kompetansetjeneste med informasjon om ressurser

- [Nasjonalt kompetansenettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri – Sifer \(sifer.no\)](#)

5.5 Funksjonell kartlegging og analyse

Anbefaling

- Det bør gjennomføres funksjonell kartlegging og analyse av den utfordrende atferden.

I tillegg til å beskrive atferden, bør atferdens mulige funksjon kartlegges. Funksjonelle analyser kan for eksempel gjøres som åpne eller strukturerte intervjuer og/eller ved observasjoner av barnet eller ungdommen i deres naturlige miljø, som for eksempel hjemme, på skolen, ved avlastningsbolig eller i fritidsaktiviteter.

Funksjonelle kartlegginger og analyser har som mål å danne hypoteser om hvordan ulike miljøfaktorer, eller hvilke sett med betingelser som kan trigge atferden, og hvilke hendelser i det aktuelle miljøet som kan opprettholde den (10;72). Funksjonelle analyser gir ofte gode ideer til tiltak, og tiltak basert på funksjonelle analyser har vist seg å gi bedre resultater enn tiltak som ikke er det (6;15).

I funksjonelle kartlegginger og analyser er det fire vanlige funksjoner eller hypoteser som trekkes frem:

- Atferden skjer når barnet eller ungdommen blir presentert for krav de ikke mestrer slik at atferden bidrar til at de unngår, utsetter eller unnslipper kravet. Krav kan her være selv små oppfordringer, ikke nødvendigvis større, krevende oppgaver.
- Atferden har en sosial funksjon ved at den medfører en form for oppmerksomhet fra nærpersoner.
- Atferden skjer når barnet eller ungdommen i for liten grad blir aktivisert eller stimulert, og at de ved å fremvise atferden får tilgang til materielle goder eller aktivitet (77).

- Atferden viser seg i alle situasjoner, også når barnet eller ungdommen er alene, og ikke ser ut til å være påvirket av konsekvenser formidlet av andre. Atferden omtales da som automatisk forsterket (72).

En gjennomgang av ulike studier gjort både av barn, unge og voksne med utviklingshemming og/eller autisme viste at i ca. 34 % av tilfellene var den utfordrende atferden opprettholdt av unngåelse fra krav, 25 % av oppmerksomhet fra nærpersoener og 10 % ønske om tilgang på leker eller goder. I ca. 15 % av tilfellene hadde atferden flere av disse funksjonene samtidig (78;79).

Det er viktig å etablere en felles forståelse med nærpersoener om atferdens mulige funksjon og hvordan atferden sannsynligvis opprettholdes (7). Kortsiktige løsninger som reduserer eller demper atferden der og da kan være med på å opprettholde atferden (9).

Faktorer som trigger og opprettholder utfordrende atferd kan endre seg over tid (7) og på tvers av situasjoner. Funksjonelle analyser kan ses på som en fleksibel og kontinuerlig prosedyre og kan gjøres flere ganger. Ved atferd som utfordrer vil det kunne være nødvendig å gjøre vurderinger av alle faktorer som kan være årsak til den utfordrende atferden (80;81).

Funksjonell kartlegging kan basere seg på åpne eller strukturerte intervjuer av personen selv der det er mulig, eller av nærpersoener som foreldre, lærere eller ansatte ved avlastning. Intervjuer kan gjennomføres med bruk av spørreskjema (72). For eksempel kan Funksjonell analyse intervju (FAI) gi mye informasjon om atferden. Intervjuer kan være hensiktsmessig for å få informasjon om hvilke tidspunkt på dagen atferden forekommer, hvor og med hvem.

Funksjonelle kartlegginger kan også utføres ved å observere barnet eller ungdommen i deres naturlige miljø der atferden forekommer. Ofte gjøres observasjoner på ulike steder og til ulike tider. Dette for å se etter faktorer som har sammenheng med den utfordrende atferden, om atferden skjer til spesielle tidspunkt eller i spesifikke aktiviteter.

Observasjonene og registrering av atferd, foranledninger og konsekvenser kan gjøres kontinuerlig i en bestemt tidsperiode eller kun når atferden forekommer. Avkrysningsskjema med forhåndsbestemte kategorier og kriterier kan også benyttes. Opplæring eller veiledning av nærpersoene i utfyllingen av skjemaene kan være nødvendig (73;82).

I praksis benyttes oftest funksjonell kartlegging med observasjon og registrering, men intervjuer og observasjoner brukes også i kombinasjon (77).

I mer eksperimentelle funksjonelle analyser testes de ulike hypotesene om atferdens funksjon, som har fremkommet ved intervju, kartlegging og observasjoner, under kontrollerte betingelser med barnet eller ungdommen (83). Det finnes ulike måter å gjøre de eksperimentelle analysene på som ikke fremprovoserer den utfordrende atferden unødigg. For eksempel kan analysene gjøres når atferden oppstår eller på forløpere eller tidlige tegn på den utfordrende atferden (84-87). Bruk av eksperimentelle analyser krever spesifikk kompetanse og brukes sjelden i kliniske situasjoner (77;82;88).

Ressurser**Intervju**

- Funksjonell Analyse Intervju (FAI).

Kartleggingsskjema

- Motivation Assessment Scale (MAS).
- Functional Analysis Screening Tools (FAST).
- Questions About Behavioral Function (QAFB).
- School Refusal Assessment Scale (SRAS-R). Vurdering av opprettholdende faktorer ved bekymringsfullt skolefravær/skolevegringsatferd.
- ABC/FAK-skjema – registrering av atferd, foranledning og konsekvens.
- Scatterplot.

Kartleggingsbank

- [Kommunikasjon og atferd – Stiftelsen SOR \(stiftelsen-sor.no\)](http://stiftelsen-sor.no)

Bøker og artikler

- Cooper, Heron & Heward, (2020). Applied behavior analysis. Harlow, UK: Pearson Education.
- Hanley (2012). Functional assessment of problem behavior: Dispelling myths, overcoming implementation obstacles, and developing new lore. Behavior Analysis in practice, 5(1) 54-72.
- Holden, B., (2013). Funksjonelle analyser av problematferd. En introduksjon. Norsk tidsskrift for atferdsanalyse, 40(2) 121-132.
- Vister & Løkke (2021). En sammenligning av den tradisjonelle eksperimentelle funksjonelle analysen og Interview-Informed Synthesized Contingency Analysis. En tidlig, men systematisk oversikt. Norsk tidsskrift for atferdsanalyse 48 (1), 247-53.

5.6 Kompetanse og erfaring hos tjenesteytere i kommunen**Anbefalinger**

- Kommunen skal sørge for grunnleggende kompetanse hos tjenesteyterne og legge til rette for kompetanseheving. Kommunen kan etterspørre veiledning fra spesialisthelsetjenesten ved behov.
- HABU bør innhente informasjon om de kommunale tjenesteyternes erfaring og kompetanse slik at veiledningstiltak får best mulig effekt.

Det bør vurderes om tjenesteytere på de ulike arenaene barnet eller ungdommen oppholder seg har nødvendig kompetanse, eller om det er behov for kompetansehevende tiltak utover veiledning, som for eksempel kurs, workshops, nettverk eller e-læringsprogrammer (40). Kommunen skal sørge for en grunnleggende kompetanse (40) og legge til rette for kompetanseheving, men skal kunne etterspørre veiledning fra spesialisthelsetjenesten ved behov (3).

Å skaffe seg en oversikt over tjenesteyternes erfaring, kompetanse og kapasitet til å gjennomføre de anbefalte tiltakene, kan bidra med nyttig informasjon med tanke på tilpasning av kompetansehevingen, noe som igjen kan bidra til at veiledningstiltak har bedre effekt.

5.7 Oppsummering av utredning, kartlegging og analyse

Anbefaling

- Funnene fra utredningen og kartleggingen samt anbefalinger for behandling og tiltak bør oppsummeres i en tverrfaglig rapport.

Funnene fra utredningen og kartleggingen av atferden bør oppsummeres for å kunne beskrive hvilken behandling og hvilke tiltak som er aktuelle og å sette mål for behandlingen, selv om utredning og behandling kan være parallelle prosesser. En tverrfaglig rapport med oppsummering av utredningen kan inneholde

- aktuell informasjon fra henvisningen og problemstilling
- barnets eller ungdommens diagnoser, når de er satt og av hvem
- informasjon om hvilke undersøkelser og utredninger som er gjort
- eventuelle medisinske funn
- barnets funksjonsnivå, språkforståelse og kommunikasjonsferdigheter og eventuelle behov for kommunikasjonsstøtte
- resultater fra registreringer og kartlegginger
- beskrivelser og hypotese om hva som utløser og/eller opprettholder atferden (7) og oppsummering av det totale bildet av belastninger og sårbarhetsfaktorer
- anbefalinger av behandling og tiltak som følger av hypotesen
- tiltak som har blitt vurdert å kunne ha ønsket effekt, men som det av ulike grunner ikke anbefales å prøves ut på gjeldende tidspunkt (eksempelvis på grunn av forhold hos barnet/ungdommen eller rammebetingelser)
- behov for videre oppfølging
- behov for behandling og oppfølging av annen instans

5.8 Tilbakemeldings- og samarbeidsmøte

Anbefalinger

- Barnet eller ungdommen og/eller foreldre bør innkalles til et tilbakemeldingsmøte for å gjennomgå funn og resultater fra utredningen. Det kan være behov for oppfølgende samtaler for at familien skal få bedre innsikt og forståelse av funnene og resultatene fra utredningen.
- I dialog med barnet eller ungdommen og/eller foreldre må det avklares hvilke samarbeidspartnere det er aktuelt å dele informasjon med og hvem som skal motta rapporten som oppsummerer utredningen.
- Henvisende instans og aktuelle samarbeidsparter i kommunen bør inviteres til et samarbeidsmøte/oppsummeringsmøte. Barnet eller ungdommen og/eller foreldre bør også bli invitert til møtet.

Etter utredningen bør barnet eller ungdommen og/eller foreldre innkalles til et tilbakemeldingsmøte for å gjennomgå funn og resultater fra utredningen. Eventuell tilrettelegging, behandling og tiltak som allerede er igangsatt eller anbefales gjennomgås og drøftes (18;39).

Barn og unge har rett til å få informasjon dersom alder, modenhet og forståelse gjør det mulig (34). Enkelte barn, ungdom eller foreldre kan ha behov for oppfølgende samtaler for å få bedre innsikt i og forståelse av funnene og resultatene fra utredningen.

I dialog med pasient/foreldre avklares det hvilke samarbeidspartnere det er aktuelt å dele informasjon med, og hvem som skal ha rapporten som oppsummerer utredningen (38).

Henvisende instans og aktuelle samarbeidsparter i kommunen bør, etter samtykke fra pasient eller foreldre inviteres til et samarbeidsmøte/oppsummeringsmøte, hvor pasient og/eller foreldre også er invitert. På møtet

- gjennomgås funn fra utredningen
- gjennomgås eventuell tilrettelegging, behandling og tiltak som allerede er igangsatt
- presenteres og drøftes forslag til behandling og tiltak
- planlegges behandling og tiltak med fagpersoner i kommunen eller gjøres avtale om eget møte på et senere tidspunkt
- kan en avtale om veiledning og samarbeid mellom HABU og kommune inngås og forankres hos alle parter

5.9 Samarbeidsavtale og behandlingsplan

Anbefalinger

- Avtaler om samarbeid, veiledning, oppgavefordeling og tidsfrister mellom HABU og aktuelle samarbeidsparter i kommunen bør inngås og skriftliggjøres.
- I samarbeid med pasient og/eller foreldre og aktuelle samarbeidsparter bør det utarbeides en behandlingsplan med konkrete mål for behandlingen, ansvar for ulike tiltak og tidspunkt for evaluering.

Det er ulik praksis ved habiliteringstjenestene om de benytter samarbeidsavtaler og/eller behandlingsplan for å strukturere planlagt utredning og behandling. I behandlingslinjen er det valgt å beskrive praksis med bruk av begge deler og hva planene kan/bør inneholde. Erfaringene med bruk av planene er at de bidrar til å strukturere behandlingsforløpet internt i HABU og ovenfor samarbeidspartene, som foreldrene og kommunen.

Samarbeidsavtale

Flere habiliteringstjenester har god erfaring med å lage skriftlige avtaler med kommunale samarbeidsparter hvor avklaring av ansvar og oppgaver, samarbeid og veiledning rundt enkeltpasienter blir beskrevet. Avtalen er ikke et juridisk bindende dokument, men er en avtale for å strukturere samarbeidet og dokumentere hvilke avtaler som er gjort. Sakens kompleksitet, kommunens egen kompetanse og behovet for spesialisert kompetanse og bistand fra HABU vil være styrende for innholdet i avtalen.

Aktuelle punkter å beskrive i en avtale kan være

- målet med samarbeidet
- ansvars- og arbeidsfordeling for skriftliggjøring, utføring og oppfølging av tiltak
- hvem som deltar i veiledningen
- hyppighet av veiledning og evalueringer
- ulike tidsfrister

Behandlingsplan

Etter at utredning og kartlegging er gjennomført justeres allerede eksisterende behandlingsplan eller det opprettes en ny. Planen bør utarbeides i samarbeid med pasient og/eller foreldre og aktuelle samarbeidsparter. Behandlingsplanen kan inneholde

- beskrivelse av konkrete, målbare mål for behandlingen
- kort begrunnelse for valg av behandlingstilnærming
- beskrivelse av hvem som har ansvar for de ulike tiltakene
- informasjon om hvordan barnets/ungdommens og/eller foreldrenes medvirkning og innflytelse på behandlingen ivaretas
- antatt varighet av behandling
- tidspunkt for evaluering av mål

Ansvarsfordeling og avtaler for samarbeid og veiledning kan beskrives i behandlingsplanen. En samarbeidsavtale i tillegg vil da være overflødig.

Detaljerte beskrivelser av behandling/tiltak legges gjerne ved behandlingsplanen. Eventuelle stoppkriterier for behandling ved for eksempel økning i uro/irritabilitet, motstand eller lignende som defineres ved starten av behandlingen, kan også beskrives der.

Spesialisthelsetjenesten vil være involvert i tidsavgrensede perioder og oppfølging av utfordrende atferd hos barn og unge vil i mange tilfeller fortsette i kommunen uten at spesialisthelsetjenesten er involvert.

6 BEHANDLING OG TILTAK

Anbefalinger

- Barnet eller ungdommen selv og/eller foreldre og nærperso-ner skal involveres i behandlingen og tiltakene. De skal gis informasjon om eventuelle behandlingsalternativer slik at de kan ta informerte valg.
- Behandling av utfordrende atferd krever ofte langvarig og kontinuerlig innsats gjennom hele dagen til barnet eller ungdommen.
- HABU bistår hovedsakelig i behandling og tiltak ambulant og indirekte. Omfanget av veiledning, rådgivning, behandling og tiltak fra HABU bør vurderes ut fra kompleksiteten og alvorlighetsgraden av atferden og kommunens kompetanse.
- Valg av behandling og tiltak bør ses i sammenheng med blant annet barnets alder, funksjonsnivå, diagnose, atferdens alvorlighetsgrad, rammer og familiens kultur og mulighet for samarbeid på tvers av barnets arenaer.

Målet med behandling og tiltak er å gi barnet eller ungdommen best mulig utvikling, deltakelse, funksjon og mestringsevne ut fra sine forutsetninger og å forbedre familiens livskvalitet (7;56). Før oppstart av behandling og tiltak bør det avklares hva som er viktig for barnet eller ungdommen og familien (44), som for eksempel mål, ønsker, behov og forventinger til behandlingen. Det må innhentes samtykke til behandling (38).

Behandling og tiltak bør være individualisert og basere seg på resultater fra utredning og kartlegging. Manualer på spesifikke intervensjoner som er aktuelle for barnet eller ungdommen bør benyttes der det finnes, eventuelt med individualiserte tilpasninger (7). Behandling og tiltak vil som oftest være rettet mot både miljøet og barnet eller ungdommen, og være både medisinsk, miljøterapeutisk og psykisk helsehjelp.

Helsepersonell skal arbeide kunnskapsbasert og har et ansvar for å bruke anbefalte, anerkjente og utprøvde metoder og holde seg tilstrekkelig oppdatert på sitt fagfelt. Helsepersonell har selv ansvar for å vurdere om en har tilstrekkelig kvalifikasjoner til å foreta undersøkelser og behandlinger, om det bør innhentes bistand eller om barnet eller ungdommen bør henvises til annen instans (39).

Omfanget av veiledning, rådgivning, behandling og tiltak fra HABU bør vurderes ut fra kompleksiteten og alvorlighetsgraden av atferden og kommunens kompetanse.

I behandlingen av utfordrende atferd

- kreves det tverrfaglig innsats
- kreves det ofte flere ulike tiltak både fra kommune og spesialisthelsetjeneste
- bør tiltak være minst mulig inngripende (10)
- bør tiltak være i overensstemmelse med barnets/ungdommens, foreldre og nærperso-ners kultur, ønsker og kapasitet
- bør barnets/ungdommens styrker og interesser inkluderes
- bør effekt av behandling og tiltak evalueres og eventuelt justeres på ulike veilednings- og møtepunkter basert på ulike registreringer og kartlegginger av atferden

- kan en behandlingsplan være et nyttig verktøy for å lage en oversikt over hvilke tiltak som igangsettes og hvem som har ansvar for hva
- må det gjøres avveininger knyttet til kompetanse og ressurser i kommunen (7)

Utførere av behandling og tiltak

Behandling av utfordrende atferd krever ofte langvarig og kontinuerlig innsats gjennom hele dagen til barnet eller ungdommen. HABU bistår hovedsakelig i behandling og tiltak ambulant og indirekte. Ambulant vil si at behandlingen gjennomføres der barnet eller ungdommen vanligvis oppholder seg. Indirekte vil si at behandling/tiltak gjennomføres av de som er sammen med barnet eller ungdommen i det daglige, som foreldre og/eller kommunale tjenesteytere med opplæring, veiledning og rådgivning fra HABU (56). Veiledningen fra HABU kan også gjennomføres ved hjelp av digitale løsninger der det vurderes som forsvarlig (40). Enkelte tiltak kan også utføres poliklinisk eller i institusjon der det vurderes mer hensiktsmessig (40).

Tjenester fra HABU gis tidsavgrenset og kan være avgrenset til utredning og tidlig fase av behandlingen, men det kan også være behov for periodevis innsats fra HABU over lengre tid (40).

I enkelte tilfeller vil det kunne være behov for mer intensiv behandling/ambulant veiledning og/eller innleggelse ved døgnavdeling.

Valg av behandling

Barnet eller ungdommen selv og/eller foreldre og nærperso-ner skal involveres i behandlingen og tiltakene. De bør gis informasjon om eventuelle behandlingsalternativer slik at de kan ta informerte valg (7;40;44;54). Valg av behandling bør sees i sammenheng med blant annet

- hva som mulig utløser og opprettholder atferden
- barnets/ungdommens alder
- barnets/ungdommens funksjonsnivå og kognitive fungering
- barnets/ungdommens språkforståelse og kommunikasjonsferdigheter
- andre diagnoser som kan virke inn
- atferdens alvorlighetsgrad
- bosituasjon
- søsken
- foreldrenes kapasitet til å følge opp tiltak
- familiens kultur
- hvilke og hvor mange arenaer barnet eller ungdommen oppholder seg på og stabilitet i personalgruppene på de ulike arenaene
- mengde og type avlastning/heldøgns bo- og tjenestetilbud (barnebolig)
- mulighet for lik praksis på tvers av arenaer
- samarbeid mellom ulike instanser
- antatt effekt av behandlingen

6.1 Tiltak rettet mot miljøet

Anbefalinger

- Dersom kartleggingen viser mangler i miljøet og rammebetingelsene som kan medføre økt risiko for utfordrende atferd, bør HABU anbefale endringer i disse før tiltak rettet mot barnet eller ungdommen iverksettes.
- Aktuelle tiltak som er rettet mot miljøet kan være forbedring av mangler i fysiske rammebetingelser, struktureringstiltak, tilpassing av aktivitet, hvile og bistand, tilpasset kommunikasjon til barnet ut fra barnets funksjonsnivå, fjerne/reducere ubehag og triggere for utfordrende atferd og legge til rette for økt tilgang til aktiviteter og oppgaver barnet eller ungdommen mestrer og liker.
- Både kommunen og spesialisthelsetjenesten har ansvar for opplæring og veiledning av foreldre. Det bør avklares hvem som gjennomfører og har ansvaret for de ulike opplærings- og veiledningstiltakene.
- Foreldreprogrammer bør baseres på manualer der dette finnes og bør inkludere instruering, modellering, øvelse og tilbakemelding.
- Spesialisthelsetjenesten skal gi veiledning til kommunen når det er behov for mer spesialisert kompetanse enn det kommunen kan forventes å ha.
- Veiledning fra HABU foregår ofte ambulant, men digitale løsninger kan også benyttes dersom det vurderes som forsvarlig.

Dersom kartleggingen viser mangler i miljøet og rammebetingelsene rundt barnet eller ungdommen som kan medføre økt risiko for utfordrende atferd, bør HABU anbefale endringer i disse før eller samtidig med spesifikke tiltak rettet mot barnet eller ungdommen iverksettes.

Aktuelle tiltak i miljøet kan være

- forbedring av mangler i fysiske rammebetingelser
- tilgang på leker og aktiviteter
- rydding og sikring av miljø
- individuelle tilpasninger i barnets eller ungdommens barnehage/skole
- bedre samarbeid mellom instanser

Bor barnet eller ungdommen delvis eller helt i avlastningsbolig eller i barnebolig, kan det være aktuelt å vurdere

- individuelle tilpasninger i barnets eller ungdommens avlastnings- eller botilbud
- om det er behov for tilpasninger av turnus som optimaliserer personalsammensetning, gir tilstrekkelig bemanning og gir barnet eller ungdommen mest mulig stabile relasjoner med tjenesteyterne
- fagadministrative systemer som sikrer opplæring bidrar til informasjonsflyt og lik praksis blant tjenesteyterne

På bakgrunn av kartleggingen som er gjennomført bør HABU bistå i vurdering av om barnets eller ungdommens nærpersoener kommuniserer med barnet ut fra barnets funksjonsnivå og gir tilstrekkelig hjelp og bistand ved gjennomføring av oppgaver, aktiviteter og gjøremål (89).

Ved å berike barnets eller ungdommens miljø og øke tilgang på foretrukne leker og aktiviteter kan man bidra til å redusere forekomst av utfordrende atferd (5;72;90). Beriking av miljøet er et relativt enkelt tiltak og krever ikke funksjonell kartlegging eller analyse i forkant (72). Hvis man kjenner atferdens funksjon kan man for å bryte sammenhengen mellom atferden og konsekvensen av atferden, for eksempel presentere de sannsynlige forsterkerne til faste tidspunkt, uavhengig av om atferden fremvises eller ikke (90;91). Man må være oppmerksom på at brukt over noe tid kan dette tiltaket virke pasifiserende (72).

Et tiltak kan også være energiøkonomisering og aktivitetsprioritering (92), det vil si å

- planlegge, prioritere og tilpasse krav og aktivisering
- sikre tilstrekkelig hvile og pauser
- bruke hjelpemidler i hverdagen

I tillegg vil det å fjerne/ redusere ubehag og triggere som for eksempel spesifikke lyder eller støy og legge til rette for oppgaver og aktiviteter barnet eller ungdommen mestrer og liker være viktig. Fysioterapeut, ergoterapeut og andre fagpersoner vil kunne bidra med tips til meningsfulle aktiviteter.

Fjerning av for mange hverdagslige krav eller å gi fri tilgang på foretrukne aktiviteter kan over tid være uheldig. Målet på sikt kan derfor være å motivere for og gradvis innføre enkelte hverdagslige krav eller kontrollere tilgangen på foretrukne aktiviteter, slik man vanligvis gjør med barn og unge.

6.1.1 Struktureringstiltak

Bruk av ulike struktureringstiltak som dagsplan, ukeplan og aktivitetsplan kan kompensere for manglende eksekutive ferdigheter og bidra til å gi barnet eller ungdommen en struktur, oversikt og forutsigbarhet når det gjelder hva som skal skje, i hvilken rekkefølge, hvor, hvor lenge og med hvem (7;93-95).

Planene kan utformes med bilder, symboler, tekst eller konkrete eller en kombinasjon av disse. Struktureringsplaner finnes i papir eller som digitale løsninger.

Planene må tilpasses individuelt. De må gi mulighet for variasjon og valg, samt reflektere barnets eller ungdommens interesser og forutsetninger og sikre tilgang på aktiviteter som gir livskvalitet (89). Bruk av slike planer vil også kunne gi en bedre oversikt over når aktivitet og hvile bør legges inn. Planen må kunne tilpasses dagsform.

Opplæring og veiledning av foreldre, nærpersoener og tjenesteytere og samkjøring i bruk av kommunikasjons hjelpemidler og struktureringstiltak på tvers av barnets eller ungdommens arenaer er viktig (96). Se kapittel 6.2.3. om alternativ og supplerende kommunikasjon og ansvarsfordeling mellom instanser på området.

Ressurser

- [Hvordan skape struktur og forutsigbarhet? - Statped](#)
- [Visuell støtte i skolen - Statped](#)

6.1.2 Opplæring og veiledning av foreldre

Ved behandling av utfordrende atferd, vil det som regel være nødvendig med opplæring og veiledning av foreldre over noe tid og med kontinuitet. Både kommunen og spesialisthelsetjenesten har ansvar for opplæring og veiledning av foreldre (3;36;40). Dersom barnet eller ungdommen mottar tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten bør det avklares hvem som gjennomfører og har ansvar for de ulike opplærings- og veiledningstiltakene til foreldrene (3).

Foreldreveiledningsprogram som omhandler forebygging og håndtering av utfordrende atferd kan være nyttig. Foreldreprogrammer bør baseres på manualer der dette finnes (7) og bør inkludere instruering, modellering, øvelse og tilbakemelding (9). Noen foreldre vil ha behov for å få individuell veiledning.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal tilby tilpasset opplæring og veiledning til foreldre og andre pårørende (36). Enkelte kommuner har egne familie-/foreldreveiledningsteam med god kompetanse på barn med funksjonsnedsettelse (97). Disse veileder foreldre individuelt, eller har tilbud om gruppebasert opplæring. HABU bør orientere seg om hva som finnes av slike tilbud i kommunen(e) og samarbeide med kommunen om å tilby foreldrene dette.

Foreldre bør få tilbud om å delta i den samme opplæringen og veiledningen som gis til tjenesteytere i barnehage/skole/avlastning/ BPA-ordningen, og få tilbud om å delta på workshops og relevante kurs.

Ressurser

Foreldreprogram

- [Veiledningsprogram for foreldre til barn med autismespekter forstyrrelser – Sykehuset i Vestfold \(siv.no\)](#)
- [Informasjon til foreldre og andre foresatte – De Utrolige Årene \(DUÅ\) \(dua.uit.no\)](#)
- [Hva er ICDP? – ICDP Norge \(icdp.no\)](#)
- AKKtiv-Alternativ og supplerende kommunikasjon tidlig intervensjon.
- Early Positive Approaches to Support (E-PATs) (98).

6.1.3 Veiledning av tjenesteytere i kommunen

Kommunen skal sørge for at alle tjenesteytere har en grunnleggende kompetanse innen ulike sentrale kompetanseområder og at de får nødvendig veiledning (3). Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt ovenfor kommunen og skal bistå når det er behov for mer spesialisert kompetanse enn det kommunen kan forventes å ha (37;40;56).

Hyppigheten av veiledning vurderes og avtales i hver enkelt sak, men kan for eksempel være annen hver uke ved oppstart av nye tiltak og deretter hver 4. – 6. uke. I veiledningen gjøres kontinuerlig evaluering av effekt av behandling, tiltak og samarbeid. Se kapittel 7.

Rådgivning og veiledning av tjenesteytere i kommunen er viktig for kompetanseheving og for å legge til rette for lik praksis på tvers av barnets arenaer. Aktuelle temaer for veiledning til kommunen relatert til utfordrende atferd kan være (99)

- barnets/ungdommens diagnose(r)
- sårbarhetsfaktorer, tidlig identifisering og ulike forebyggingstiltak for utfordrende atferd

- hva som er viktig når man skal legge til rette for en god utvikling
- spesifikke registreringer, kartlegginger eller tiltak som vurderes iverksatt
- tilrettelegging og opplæring
- kommunikasjon og hvordan være en god samhandlingspartner
- andre løsninger og skadeavverging jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9
- sammenhengen mellom forebyggende tiltak (proaktive tiltak) og tiltak som må benyttes når det forekommer utfordrende atferd (reaktive tiltak)
- viktigheten av å møte barnet eller ungdommen enhetlig, særlig hvis tjenesteyterne er mange
- deeskalering og konfliktdempende kommunikasjon

Kompetansehevende tiltak kan ha elementer av både teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter, som for eksempel hvordan foreta en observasjon med registrering. Rammeverket positiv atferdsstøtte (100-102), lavaffektiv tilnærming (103), aktiv støtte (89), SPELL (104) og traumebevisst forståelse (105) kan være aktuelle som tema for veiledning.

Det bør utarbeides skriftlige beskrivelser av hvordan samhandlingen med barnet eller ungdommen bør være (7;10). HABU bør delta eller veilede på nedtegnelsen av disse. Beskrivelser kan for eksempel omhandle

- barnets eller ungdommens interesser
- viktig tilrettelegging og bistand
- opplæring som gis av alternativ atferd
- hvordan tidlige tegn eller forløpere til atferden arter seg
- hvordan kommunisere med, avlede eller roe barnet eller ungdommen ved tidlige tegn eller forløpere til den utfordrende atferden
- hvordan møte/håndtere den utfordrende atferden
- hvem kontaktes hvis man trenger hjelp til å håndtere situasjonen (krisehåndteringplan)

Tiltak som bør samkjøres mellom barnets arenaer bør også beskrives og utarbeides. HABU kan ved behov veilede på nedtegnelsen av disse.

Det er viktig å avklare tidlig hvem og hvilke instanser i kommunen som følger opp veiledningen videre etter at HABU har avsluttet henvisningen. Koordinerende enhet i kommunen er et sentralt koordineringspunkt for samarbeid på tvers av nivåer og sektorer (40).

Leder ved barnehage, skole eller andre kommunale tjenester bør ha en sentral rolle og involveres ved implementering av behandling og tiltak med tanke på

- rammer
- kompetanse
- tid avsatt til å motta veiledning
- tid til møter
- tid til faglig utviklingsarbeid
- kollegaveiledning

Ressurser

- [Veileder – Forebygging og håndtering av aggresjon og vold i tjenester til personer med utviklingshemming \(PDF\) – Stiftelsen SOR \(stiftelsensor.no\)](#)

Positiv atferdsstøtte

- Berge, U. (2020) Positiv atferdsstøtte. I Bakken T.L. red. Håndbok for miljøterapi til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming. Fagbokforlaget.

Aktiv støtte

- Berge, U. (2022). Aktiv støtte. I Haugland et al. (red), Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid. Universitetsforlaget.

SPELL

- Eskeland, L.P. & Mikkelsen, E. (2022) SPELL. I Haugland et al. (red), Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid. Universitetsforlaget.

Lav affektiv tilnærming

- McDonell, A. (2013). Håndtering av aggressiv atferd med lavaffektive tilnærminger. Universitetsforlaget.

Traumebevisst forståelse

- Teigland et al., (2022). Traumebevisst forståelse (TBF) som miljøterapeutisk forståelsesmodell i møte med mennesker med utviklingshemming. I Haugland et al. (red), Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid. Universitetsforlaget.

Plan for lik praksis i personalgruppen

- Holden, B. (2013). Miljøbehandling: en atferdsanalytisk tilnærming. Gyldendal Akademisk.

Digitale kurs

- [Nettkurset Kunnskapsbasert habilitering i kommunen – NTNU Institutt for psykisk helse \(ntnu.no\)](#)

6.2 Behandling og tiltak rettet mot barnet eller ungdommen

Anbefalinger

- Behandling og tiltak krever ofte tverrfaglig innsats og bør være individualisert og basere seg på resultater fra utredning og kartlegging.
- Medisinske tilstander som oppdages under utredning må vurderes behandlet før eller samtidig med at det settes i gang andre tiltak.
- Manualer på spesifikke intervensjoner som er aktuelle for barnet eller ungdommen bør benyttes der det finnes, eventuelt med individualiserte tilpasninger.
- Aktuelle tiltak som er rettet mot barnet eller ungdommen kan være
 - å etablere ferdigheter som kan erstatte eller utkonkurrere den utfordrende atferden
 - opplæring i funksjonell kommunikasjon
 - ulike prosedyrer for differensiell forsterkning for å fremme mer hensiktsmessig atferd
- Dersom det under utredningen eller oppfølgingen vekkes mistanke om eller avdekkes at barnet eller ungdommen har en psykisk lidelse må det følges opp.

Tiltakene som er beskrevet under kan være aktuelle ved ulike former for utfordrende atferd. Tiltakene er i litteraturen beskrevet å kunne være effektive (106), og er tiltak som flere av habiliteringstjenestene i Helse Sør-Øst har erfaring med. Tiltakene beskrives ikke i detalj og eksemplene på tiltak er ikke utfyllende.

Medisinske tilstander som oppdages under utredning må vurderes behandlet før eller samtidig med at det settes i gang andre tiltak (107).

6.2.1 Etablering av ferdigheter

I tillegg til forebyggende tiltak som er beskrevet tidligere, bør det iverksettes opplæring av mer ønsket atferd (58). Opplæring skjer i barnehage/skole og eventuelt av foreldre. HABU kan veilede ved behov.

Hvilke ferdigheter det anbefales opplæring av barnet eller ungdommen i baseres på resultatene fra utredningen og den funksjonelle kartleggingen og analysen (9). Etablering av ferdigheter for å erstatte og forbygge utvikling av mer alvorlig utfordrende atferd er viktig og har vist seg effektivt (108). Sentrale ferdigheter kan blant annet være å (58)

- like nye og ulike leker og aktiviteter
- tolerere å vente og å få avslag
- avslutte prefererte aktiviteter
- øke toleranse for krav
- lære grunnleggende kommunikasjonsferdigheter som å
 - be om ønskede leker og aktiviteter
 - be om pause
 - uttrykke «nei/ vil ikke» eller lignende
 - be om oppmerksomhet «se, kom»
 - forstå ulike beskjeder

I tillegg trenger mange å lære strategier for å hvile, slappe av eller være for seg selv. Også generell opplæring av språk, dagliglivets ferdigheter og sosiale ferdigheter er viktig (9;109).

6.2.2 Funksjonell kommunikasjons trening

I funksjonell kommunikasjons trening lærer barnet eller ungdommen mer hensiktsmessige måter å kommunisere på (72;110). Funksjonell kommunikasjons trening er ansett å være en evidensbasert intervensjon for behandling av aggressiv atferd (15). Hvilke kommunikasjonsferdigheter som bør læres avhenger av funnene fra de funksjonelle kartleggingene og analysene av atferdens funksjon (72). Generalisering av kommunikasjonsferdighetene på tvers av barnets arenaer er viktig.

6.2.3 Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK)

Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK) skal benyttes for barn og unge som helt eller delvis mangler funksjonelt talespråk (29;30;94;95;111). Bilder, symboler, håndtegn eller kommunikasjons hjelpemidler som talemaskin, kan benyttes som alternativ eller supplement til talespråk. Hvilken kommunikasjonsform som velges, må tilpasses hvert barn eller ungdom basert på kartlegginger og barnets eller ungdommens og/eller familiens preferanser.

Det er viktig at foreldre og nærperso ner får opplæring i bruk av barnets kommunikasjonsform og at den brukes på alle barnets arenaer. Tjenesteytere i kommunen skal ha grunnkompetanse i ASK (3). PPT og Statped kan gi veiledning og kurs. HABU er ofte en samarbeidspart ved ASK-utredning og kan bistå med informasjon om kommunikasjonsløsninger og veilede på området (96;112). NAV Hjelpemiddelsentral har ansvar for tildeling av ASK-hjelpemidler og teknisk opplæring dersom barnet eller ungdommen har fått innvilget kommunikasjons hjelpemidler fra NAV.

6.2.4 Sinnekontroll- og sosial ferdighetstrening

Sinnekontroll- og sosial ferdighetstrening kan for enkelte barn og unge være aktuelt for å erstatte for eksempel fysisk aggressiv atferd med andre alternative atferder. Metoden Adapted Aggression Replacement Training (AART, sinnekontroll trening) er tilpasset skandinaviske forhold og flere alders- og diagnosegrupper (113).

Opplæring og erstatning av utfordrende atferd kan ta lang tid. Dersom barnet eller ungdommen har store lære vansker vil mulighet for læring av nye ferdigheter kunne være begrenset. Opplæring er derfor ofte bare ett av flere tiltak som bør iverksettes.

Ressurser

Alternativ og supplerende kommunikasjon

- [Alternativ og supplerende kommunikasjon \(ASK\) – Statped \(statped.no\)](http://statped.no)
- [Tale og språk – NAV \(nav.no\)](http://nav.no)

Sosiale ferdigheter- Bøker

- McGinnis (2011). Skillstreaming the adolescent: A guide for teaching prosocial skills. Third edition. Reseach Press.
- McGinnis (2011). Skillstreaming- the elementary school child- A guide for teaching prosocial skills. Third edition. Reseach Press.

6.2.5 Differensiell forsterkning

Differensiell forsterkning innebærer at atferd man ønsker mer av forsterkes, mens atferd man ønsker å redusere, ikke forsterkes. Hvis atferden for eksempel er opprettholdt av oppmerksomhet eller materielle goder, vil det å holde dette tilbake når atferden forekommer, kunne redusere forekomsten av atferden. Slike ekstinksjonsbaserte tiltak krever at alle nærpersoener gjennomfører tiltaket. Dette kan være svært vanskelig å gjennomføre på tvers av barnets eller ungdommens mange arenaer. Ønsket effekt av tiltaket kan ta lang tid, og kan ikke være eneste tiltak, men er ofte med som en av behandlingskomponentene (9). Ekstinksjonsbaserte tiltak anbefales ikke ved alvorlig utfordrende atferd da atferd forverres før den reduseres ved slike tiltak (72).

Funksjonell kommunikasjonstrening er et eksempel på differensiell forsterkning av annen alternativ atferd. For eksempel vil det å be om iPad ved hjelp av et bilde gi barnet eller ungdommen tilgang på iPad, mens det å fremvise uhensiktsmessig atferd ikke gjør det.

Differensiell forsterkning kan også arrangeres ved at sannsynlig forsterker presenteres dersom den utfordrende atferden ikke fremvises eller fremvises i liten grad innen bestemte tidsintervall. Dette kan redusere forekomsten av utfordrende atferd (6;72;114).

For aggressiv atferd har «behandlingspakker» basert på funksjonelle analyser som inneholder to eller flere tiltak, som for eksempel funksjonell kommunikasjonstrening, differensiell forsterkning og ekstinksjon vist seg effektivt i å redusere forekomst av utfordrende atferd, og er følge Healy mfl. (15) å regne som en evidensbasert tilnærming.

Ved selvskading er også «behandlingspakker» som inneholder flere tiltak funnet effektivt (16). En berikelse av miljøet kan også redusere selvskading dersom den er automatisk forsterket (72).

6.2.6 Atferdsavtaler

Atferdsavtaler kan benyttes for å motivere til hensiktsmessig atferd personen i utgangspunktet mestrer. Metoden kan benyttes med barn og unge som har intellektuelt og språklig forutsetning for å følge enkle avtaler. Atferdsavtaler brukes gjerne i kombinasjon med for eksempel tegnøkonomi (115;116). Atferdsavtaler kan brukes ved passivitet og vegring, og kan bidra til økt aktivitet og reduksjon av utfordrende atferd.

Ved motstand mot å følge beskjeder om å utføre ulike hverdagslige aktiviteter kan det å gi beskjed om å utføre lystbetonte aktiviteter før beskjed om å utføre mindre lystbetonte aktiviteter, øke sannsynligheten for at også disse utføres (72).

6.2.7 Sosiale historier

Sosiale historier benyttes gjerne som hjelpemiddel for å gi informasjon om hva som forventes i perioder av dagen eller i spesifikke situasjoner og er også brukt for å redusere aggresjon. Ofte brukes sosiale historier sammen med andre tiltak, som for eksempel tegnøkonomi. Bruk av sosiale historier har vist variabel og usikker effekt på utfordrende atferd, både når det er brukt alene og sammen med andre tiltak (117;118), men kan være effektivt for noen.

6.2.8 Fysisk aktivitet

Å legge opp til fysisk lek og aktivitet som å hoppe på trampoline, ballek, sykle, gå, løpe og så videre. gjennom dagen, kan redusere for eksempel repetitive bevegelser, stereotypier, aggresjon og

selvskading. Effekten av tiltaket kan vise seg å være kun midlertidig (119), og kombineres derfor gjerne med andre tiltak (72;120;121).

Ressurser

Bøker

- Cooper, Heron & Heward (2020) Applied behavior analysis. Harlow, UK: Pearson Education.
- Holden, B. (2016) Utfordrende atferd og utviklingshemming – Atferdsanalytisk forståelse og behandling. Gyldendal Akademisk.
- Holden & Finstad (2010) Atferdsavtaler – Et hjelpemiddel for å velge hensiktsmessig atferd. Gyldendal Akademisk.
- Sturmey & Didden (2014) Evidence-based practice and intellectual disabilities. John Wiley and Sons Inc.

6.2.9 Behandling av psykiske lidelser

Dersom det under utredningen eller oppfølgingen vekkes mistanke om eller avdekkes at barnet eller ungdommen har en psykisk lidelse, må det følges opp.

Mange av tiltakene som er beskrevet i denne behandlingslinjen vil også være aktuelle som behandling av psykiske lidelser. I tillegg vil traumebevisst omsorg være aktuelt ved traumer. Gradvis eksponering, eksponeringsterapi med responsprevensjon vil være aktuelt ved vegring, angst- og tvangslidelser og spesifikke fobier. Modifisert og individuelt tilpasset kognitiv atferdsterapi og samtaleterapi vil også kunne være aktuelt for enkelte barn og unge med lettere intellektuell funksjonsnedsettelse og samtidig psykisk lidelse (6;47).

Ansvarsdeling og samarbeid rundt utredning og behandling av psykiske lidelser hos barn og unge er beskrevet i kapittel 5.3.4.

Ressurser

- God psykisk helse for alle. Utredning og behandling av psykiske lidelser hos barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme (2022).
- [Funksjonsnedsettelse og psykisk helse | Tiltakshåndboka](#)
- [Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk helse - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no)

6.2.10 Medikamentell behandling

Anbefalinger

- Legemiddelfrie behandlingstiltak bør alltid være prøvd før man iverksetter medikamentell behandling.
- Før oppstart av medikamentell behandling bør klare mål defineres, varighet av behandlingen bør bestemmes, og det bør gjøres registreringer og evalueringer underveis i medisnutprøvingen.
- Bruk av standardiserte skjemaer for å måle effekt av medisinsk behandling anbefales når det er mulig og hensiktsmessig.
- Prinsippet om å starte med lave doser og trappe opp langsomt bør følges.
- Bivirkningsskjema bør brukes, og bivirkninger av medisiner bør meldes til RELIS.

Det finnes medikamentell behandling som er vanlig å vurdere ved utfordrende atferd, og oppstart av slik behandling bør skje i tett dialog med barnet eller ungdommen, der det er mulig, og foreldre. Vurdering av medisinsk behandling henger sammen med alvorlighetsgrad og effekt av annen behandling.

Legemiddelfri behandling bør alltid være prøvd før man iverksetter medikamentell behandling (46). Før oppstart av behandling med psykofarmaka bør lege involvere andre aktuelle fagpersoner i HABU for å vurdere effekt av eventuell legemiddelfri behandling. Det bør sikres at behandling med psykofarmaka er del av et helhetlig behandlingsforløp og inngår i behandlingsplanen (46).

Det er viktig å definere klare målsymptomer/målsetninger før oppstart, bestemme varighet av behandling og registrere og evaluere underveis i medisnutprøvinger. Bruk av standardiserte skjemaer for å måle effekt av behandling anbefales når det er mulig og hensiktsmessig (46). For eksempel kan Aberrant Behavior Checklist-2 benyttes (47).

Medikamentell behandling som kan vurderes:

- Risperidon og Aripiprazol har vist effekt på stereotypier, hyperaktivitet, irritabilitet og tvangsmessig atferd ved autisme. Man må være oppmerksom på at ved bruk av antipsykotika for utfordrende atferd kan man dekke over en psykisk lidelse.
- Ved autisme og ADHD er metylfenidat førstevalg. Det bør måles blodtrykk, puls og BMI og tas blodprøver og eventuelt EKG før oppstart.
- Melatonin har dokumentert effekt på søvnvansker hos barn i målgruppen (122;123).

Medikamentell behandling ved utfordrende atferd og psykiske lidelser beskrives i rapporten «God psykisk helse for alle. Utredning og behandling av psykiske lidelser hos barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme» (47). Ved behov kan HABU be om bistand fra BUP også når det gjelder medikamentell behandling (1;47).

Søvn

Søvnvansker er hyppig forekommende hos barn og unge med utviklingshemming og/eller autisme og er aktuelt å vurdere i forbindelse med utfordrende atferd (7). Kartlegging og behandling av søvnvansker beskrives i rapporten «God psykisk helse for alle. Utredning og behandling av psykiske lidelser hos barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme» (47). Det er anbefalt at det iverksettes legemiddelfri behandling av søvnvansker i forkant av eller sammen med medikamentell behandling,

dersom dette ikke er forsøkt (42). Hvilke tiltak som bør forsøkes avhenger av symptombeskrivelse, tilstand eller diagnose funnet ved kartleggingen av sønnen.

Bivirkninger

Yngre barn og barn med utviklingsforstyrrelser er mer sårbare for bivirkninger av medikamenter enn andre barn (47). Barn med nevrouviklingsforstyrrelser kan også ha atypisk legemiddelnedbrytning og/eller paradoksale virkninger av medikamenter. Prinsippet om å starte med lave doser og trappe opp langsomt bør følges og bivirkningsskjema brukes (47). Bivirkninger bør meldes til RELIS (124).

Ressurser

- Nasjonale faglige råd om bruk av psykofarmaka hos barn og unge (2022).
- God psykisk helse for alle. Utredning og behandling av psykiske lidelser hos barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme (2022).

Standardisert skjema

- Aberrant Behavior Checklist- 2 (ABC-2).

6.3 Skadeavvergende tiltak og tiltak som innebærer bruk av tvang og makt

Anbefalinger

- Det er kommunens ansvar å fatte vedtak om bruk av tvang og makt jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, men spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunen ved utforming av tiltakene og gjennomføring av enkelte av tiltakene.
- Dersom tiltak med bruk av tvang og makt utføres av ansatte i spesialisthelsetjenesten, skal det skrives enkeltmelding jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

I visse tilfeller kan den utfordrende atferden være av en slik karakter at den fører til fare for vesentlig skade på personen selv, andre eller materielle skader. Det vil da kunne være nødvendig å benytte tvang og makt (36). Dette kan for eksempel være bruk av varslingssystemer, blokkering og bruk av beskyttelsesutstyr ved selvskading eller fysisk stopping og holding ved aggressiv atferd. Det må presiseres at skadeavvergende tiltak kun er for å forhindre eller redusere vesentlig skade og ikke som behandling av utfordrende atferd. Behandlingstiltak må derfor benyttes i tillegg til å avverge skade.

Selv om fysisk inngripende skadeavvergende tiltak kan være nødvendige, kan de også ha bivirkninger. Å bli holdt fast fysisk kan oppleves svært belastende og inngripende for de fleste mennesker. Derfor bør man ved bruk av slike tiltak være oppmerksom på eventuelle atferdsendringer som en konsekvens av tiltakene, for eksempel økt uro/irritabilitet eller negative endringer i humør.

Man må forsikre seg om at planlagte tiltak er innenfor gjeldende juridiske rammer og lovverk. Dersom tiltakene innebærer bruk av tvang og makt, må det fattes vedtak etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9, under forutsetning av at vilkårene iht. § 9-5; er oppfylt.

I rundskriv IS-10/2015 (10) er det et eget kapittel som omhandler regelverkets anvendelse overfor barn. Her utdypes det om foreldreansvaret og alminnelig barneoppdragelse, hvilke tiltak som må anses som tvang overfor barn og foreldrenes rolle ved vurdering av tvang overfor barn.

Det er kommunens ansvar å fatte vedtak, og overordnet faglig ansvarlig i kommunen er vedtaksansvarlig. Spesialisthelsetjenesten er tillagt obligatorisk deltakelse i saker etter dette regelverket og skal bistå kommunen ved utforming av tiltakene og gjennomføring av enkelte av tiltakene.

For elever som har vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 kan tiltakene gjennomføres også i skoletiden forutsatt at vedtakene også gjelder der og at skolens ledelse samtykker. Tiltakene må da utføres av personell fra helse- og omsorgstjenesten (125-127).

Når tiltak med bruk av tvang og makt utføres av ansatte i spesialisthelsetjenesten, må det skrives enkeltmelding jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Ressurser

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming, (2015) Helsedirektoratet.

7 EVALUERING

Anbefalinger

- Evaluering av målsettinger og respons på behandlingen bør skje jevnlig i veilednings- og evalueringsmøter med barnet eller ungdommen og foreldre, nærpersioner og tjenesteytere i kommunen.
- Evaluering bør basere seg på registreringer og kartlegginger.
- Oppdatering av behandlingsplanen bør gjøres ved endringer eller igangsettelse av nye tiltak.
- Ved behov bør det avholdes evaluering av veiledning og samarbeid mellom HABU og aktuelle samarbeidsparter i kommunen.
- Kliniske vurderinger og innhenting av opplysninger fra flere informanter vil ofte være nødvendig for å få tilstrekkelig informasjon om effekt og eventuelle bivirkninger av medisinen.
- Ved bruk av psykofarmaka bør behandlende lege evaluere effekt systematisk og med faste tidsintervaller.
- Ved overføring av medisinsansvar til fastlege eller annen lege bør det beskrives når og hvordan fastlege skal evaluere behandlingen, kriterier for justering/seponering og når eventuell rehenvisning til spesialisthelsetjenesten er nødvendig.

7.1 Evaluering av behandling og tiltak

Evaluering av behandlingen bør skje jevnlig i veilednings- og evalueringsmøter med barnet eller ungdommen og foreldre, nærpersioner og tjenesteytere i kommunen, for eksempel annen hver uke ved oppstart av behandling og tiltak og deretter hver 4. – 6. uke.

En oppdatering av behandlingsplanen gjøres i forbindelse med evaluering ved endringer eller igangsettelse av nye tiltak. Punkter i behandlingsplanen som kan evalueres og eventuelt justeres

- konkrete mål og tiltak
- stoppkriterier for behandling og tiltak
- respons på behandling, for eksempel
 - reduksjon i frekvens, varighet, intensitet av den utfordrende atferden
 - endringer i atferd målt med standardiserte verktøy
 - økt deltakelse i aktiviteter
 - redusert bruk av tvang
- hvem som er ansvarlig for ulike tiltak
- barnets/ungdommens og foreldrenes erfaring og tilfredshet med behandling og tiltak
- vurdere behovet for ytterligere utredning

I veilednings- og evalueringsmøtene vil det etter hvert vurderes om mål i behandlingsplanen er oppnådd. Evalueringen gir et grunnlag for å vurdere pasientens videre behov for helsehjelp, om samarbeidet mellom henviser og HABU skal videreføres eller avsluttes, eller om pasienten skal viderehenvises til annen instans.

7.2 Evaluering av medikamentell behandling

Kliniske vurderinger og innhenting av opplysninger fra både foreldre, barnehage eller skole, tjenesteytere og andre behandlere, vil ofte være nødvendig for å få tilstrekkelig informasjon om effekt og eventuelle bivirkninger av medisinen da barnet eller ungdommen ikke kan eller i begrenset grad kan rapportere om dette selv (47).

Ved bruk av psykofarmaka bør behandlende lege evaluere med faste tidsintervaller. Oppfølging og evaluering av lege i HABU etter oppstart av medisiner vil avhenge av type psykofarmaka, bivirkninger og underliggende tilstand. Behandlingen evalueres oftere etter oppstart, ved utprøving eller etter doseendring (46). Ved bruk av antipsykotika anbefales i NICE guideline (7) evaluering for eksempel etter 3 måneder, og deretter hver 6. måned etter optimalisert behandling. I oppstarten kan det være behov for hyppigere oppfølging. Bruk av standardiserte skjemaer for å måle effekt av behandling anbefales når det er mulig og hensiktsmessig (46), for eksempel Aberrant Behavior Checklist (47).

Ved langvarig bruk av psykofarmaka bør behandlende lege regelmessig evaluere og eventuelt justere eller seponere medikasjonen ved manglende effekt eller betydelige bivirkninger (46).

Ved overføring av medisinansvar til fastlege eller annen lege, bør det beskrives når og hvordan fastlege skal evaluere behandlingen, kriterier for justering/seponering og når rehenvisning til spesialisthelsetjenesten er nødvendig (46).

Ressurser

Bivirkninger

- [UKU SERS-ID manual og skåringsskjema - Oslo universitetssykehus HF](#)
- [Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri 4.utg – Den norske legeforening \(legeforeningen.no\)](#)
- [Medikamenter i Barne- og ungdomspsykiatri, Randi Nesje Myhr 2018 \(PDF\) – Den Norske Legeforening \(legeforeningen.no\)](#)
- [KOBLE: Kunnskapsbasert oppslagsverk om barns legemidler – KOBLE \(koble.info\)](#)

Standardisert skjema

- Aberrant Behavior Checklist- 2 (ABC-2)

7.3. Evaluering av veiledning og samarbeid

Ved behov bør det avholdes evaluering av veiledning og samarbeid mellom HABU og kommunen. Aktuelle samarbeidsparter i kommunen bør delta. Det kan i tillegg til de som har deltatt i samarbeidet også være beslutningstakere i bydel/kommune. Punkter som kan evalueres:

- Hvordan fungerer samarbeidet?
- Er tidsfrister overholdt?
- Hvordan fungerer oppgavefordelingen?
- Hvem har ansvar for videre oppfølging av tiltak?

Dersom det av ulike grunner vurderes nødvendig, kan veiledning og samarbeid beskrives i en ny og avgrenset avtale for veiledning og samarbeid. Informasjon og konklusjon fra møtet journalføres.

7.3.1 Forsvarlighet

Regelmessig evaluering av veiledning og samarbeid, og bruk av samarbeidsavtaler og/eller behandlingsplan kan være nyttig for å vurdere forsvarligheten i helse- og omsorgstilbudet barnet eller ungdommen mottar. Enkelte ganger kan HABU oppleve at veiledningssamarbeidet med kommunen ikke bidrar til ønsket behandlingseffekt for barnet eller ungdommen, enten på grunn av manglende tjenestetilbud, eller at det ikke er tilstrekkelig med ressurser eller kompetanse. Blir det vurdert at barnet eller ungdommen ikke mottar faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, bør HABU varsle kommunen skriftlig om dette og i enkelte tilfeller også Statsforvalter og/eller Statens helsetilsyn (128).

8 AVSLUTNING

Anbefalinger

- En avsluttende tverrfaglig epikrise bør inneholde oppsummering av hva som er gjort, resultat av behandling og anbefalinger og ansvar for videre oppfølging.
- Epikrisen sendes som hovedregel til fastlege og henvisende instans samt annet helsepersonell som trenger opplysninger for å gi videre oppfølging. I dialog med pasient eller foreldre avklares det hvilke andre instanser som skal ha epikrisen tilsendt.
- HABU og HAVO bør avklare samarbeid og henvisning når det blir vurdert behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten etter fylte 18 år.

8.1 Sluttevaluering og tverrfaglig epikrise

Dersom det vurderes at det ikke er behov for ytterligere bistand fra HABU eller at målene i behandlingsplanen er nådd, avsluttes samarbeidet og oppfølgingen fra HABU, gjerne med en avsluttende samtale. HABU skriver en avsluttende tverrfaglig epikrise. Den bør inneholde eller gi informasjon om

- barnets diagnoser og når og hvor de er satt
- henvisningsgrunnlag
- hvilke undersøkelser og utredninger som er gjort
- andre aktuelle rapporter
- barnet eller ungdommens funksjonsnivå, språkforståelse, språk- og kommunikasjonsferdigheter og eventuelle behov for kommunikasjonsstøtte
- utløsende og opprettholdende faktorer for atferden som utfordrer
- tiltak og behandling som er gjort eller henviser til hvor dette er beskrevet
- veiledning og oppfølging som er gitt og i samarbeid med hvem
- resultat eller manglende resultat av behandling og tiltak
- årsak til avslutning, anbefalinger og forslag til videre oppfølging
- hvem som har ansvaret for eventuell videre oppfølging av tiltak og ivaretagelse av somatisk helse
- oppdatert legemiddelliste og medisinansvar
- eventuell henvisning til andre instanser

Epikrisen sendes som hovedregel til fastlege og henvisende instans samt annet helsepersonell som trenger opplysninger for å gi videre oppfølging (39). I dialog med pasient eller foreldre avklares det hvilke andre instanser som skal ha epikrisen tilsendt.

8.2 Overgang til habiliteringstjenesten for voksne (HAVO)

HABU og HAVO ved hvert HF bør etablere rutiner for å avklare samarbeid og henvisning når det blir vurdert behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten etter fylte 18 år (40). I de tilfellene det er aktuelt med videre oppfølging bør det avholdes et samarbeidsmøte med pasient og/eller pårørende, fastlege, primærhelsetjenesten og andre aktuelle tjenester i god tid før pasienten fyller 18 år (42;46;129). Dialog mellom tjenestene er viktig for å lette overgangen og hindre brudd i tjenestetilbudet (53).

9 METODERAPPORT

Mandat og målgruppe

Målet har vært å utarbeide en behandlingslinje for utredning og behandling av barn og unge (0-18 år) med medfødte eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse, som har behov for habilitering i spesialisthelsetjenesten på grunn av omfattende atferdsvansker. Behandlingslinjen er ment veiledende for fagpersoner ansatt ved habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) i Helse Sør-Øst.

Beslutningen om å samarbeide regionalt for å utarbeide behandlingslinjen ble tatt i samråd med lederne av habiliteringstjenestene for barn og unge i Helse Sør-Øst.

Organisering og gjennomføring

RHABU har ledet arbeidet med behandlingslinjen. En tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av fagpersoner fra alle helseforetakene i regionen har bidratt. Deltakerne har gjennomgått litteraturreff, utarbeidet enkelte tekster og gitt skriftlige og muntlige innspill til anbefalingene i behandlingslinjen. RHABU har redigert innkomne tekster samt utarbeidet og sammenstilt tekster.

Arbeidsgruppen har hatt syv møter i perioden april 2020 til mai 2022. Arbeidet ble satt på pause i januar 2021 og gjenopptatt i januar 2022.

Arbeidsgruppen har bestått av:

Anna Bremer, overlege, Drammen sykehus, Vestre Viken
Annikken Rød, vernepleierkonsulent, Sykehuset i Vestfold
Asbjørg Berget, spesialpedagog, Sykehuset Innlandet, Lillehammer
Camilla Harangen, læringspsykologi, Master i læring i komplekse systemer, Akershus
Gro C.C. Løhaugen, nevropsykolog, Sørlandet sykehus, Arendal
Hilde Eriksen, vernepleier, Sykehuset Telemark
Ida Ljådal, vernepleier m/spesialutdanning, Sykehuset Telemark
Jakob Roald Larsen, overlege, Oslo universitetssykehus
Janneche Gjertsen, spesialvernepleier/familieterapeut, Sørlandet sykehus, Kristiansand universitetssykehus
Jorunn Johansen, spesialvernepleier, Sykehuset i Østfold
Kjersti Lohne, psykolog, Kapellveien habiliteringssenter
Manuela Deiss, vernepleier, Master i læring i komplekse systemer, Kapellveien habiliteringssenter
Pernille Henriksen, vernepleier, Akershus universitetssykehus
Sharon Wilson, autismekonsulent, Sørlandet sykehus, Arendal
Stian Løvli, spesialutdannet vernepleier, Sykehuset i Vestfold
Terje Jensen, klinisk spesialvernepleier, Sykehuset i Østfold
Zhinoo Amiri, psykolog, Kapellveien habiliteringssenter

Fra RHABU:

Anett Olsen, rådgiver
Mari Østgaard, rådgiver

Alle deltakerne i arbeidsgruppen har oppgitt at de ikke har interessekonflikter som påvirker habiliteten knyttet til arbeidet med behandlingslinjen.

Brukermedvirkning

Det har vært avholdt to møter med representanter fra brukerorganisasjonen Handikappedes barns foreldreforening, som har gitt gode innspill til behandlingslinjen. Rekruttering av brukerorganisasjoner ble gjort ved å sende ut en henvendelse til ulike brukerorganisasjoner og de rekrutterte selv deltakere.

Kunnskapsgrunnlaget

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført av bibliotekar ved medisinsk bibliotek, Oslo universitetssykehus 27. mai 2020. Det ble søkt etter nasjonale og regionale faglige retningslinjer, veiledere, fagprosedyrer, prioriteringsveiledere og pakkeforløp fra Helsedirektorater og søkt i databasene og ressursene: Pathway fra NICE, Sosialstyrelsen, Sundhetsstyrelsen, Center for kliniske retningslinjer, NICE Guidance, UptoDate, Best Practice, Cochrane Library, Epistemonikos, PubMed, MEDLINE, PsycINFO. Søkeord som ble brukt var *challenging behavior, disability, children, youngsters, adolescent*. Søkehistorien er dokumentert.

RHABU og enkelte av deltakere i arbeidsgruppen gjennomgikk resultatene og gjorde en utvelgelse basert på tittel og sammendrag.

Mange av de faglige anbefalingene støtter seg på retningslinjen "Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges" fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE), <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11> (7). Enkeltstudier og systematiske oversikter, samt aktuelt lovverk og ulike retningslinjer er inkludert i kunnskapsgrunnlaget. Behandlingslinjen bygger også på prosedyrer, rutinebeskrivelser og behandlingslinjer for utfordrende atferd som er utarbeidet ved enkelte av habiliteringstjenestene i regionen. Erfaringsbasert kunnskap fra fagpersoner og brukerkunnskap er også inkludert. Det er supplert med annen faglitteratur ved behov.

Høring

Utkast til behandlingslinjen var på høring til alle barne-, ungdom og voksenhabiliteringstjenestene i regionen, i tillegg til brukerorganisasjoner og andre relevante fagmiljøer i perioden 23.08.22- 30.09.22. Enkelte foretak ba om utsatt høringsfrist og siste høringssvar ble mottatt 14.11.22. Det ble mottatt 14 høringssvar. Alle høringssvar ble gjennomgått på en systematisk måte og behandlingslinjens innhold ble justert etter mange av innspillene.

Implementering

Lederne i tjenesten er ansvarlige for å implementere behandlingslinjen i eget helseforetak. RHABU vil understøtte arbeidet med ulike tiltak etter behov.

Plan for oppdatering

RHABU er ansvarlig for oppdatering av behandlingslinjen. En oppdatering vil bli gjennomført etter ca. 3 år etter publisering, med mindre det fremkommer ny kunnskap som tilsier at en oppdatering bør gjøres tidligere.

10 REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Prioriteringsveileder – habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 02. november 2015; lest 04. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/habilitering-av-barn-og-unge-i-spesialisthelsetjenesten>
2. Helsedirektoratet. Samarbeid mellom tjenester til barn, unge og deres familier [nettdokument]. [oppdatert 15. september 2022; lest 21. september 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier>
3. Helsedirektoratet. Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 02. juni 2021; lest 04. juni 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>
4. Emerson E, Einfeld SL. Challenging behaviour, Third edition. 3 utg.: Cambridge University Press; 2011.
5. Viken K. Utfordrende atferd og anvendt atferdsanalyse. I: Bakken TL, red. Håndbok i miljøterapi- Til barn og voksne med kognitiv funksjonsnedsettelse. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 107-18.
6. Holden B. Utfordrende atferd og utviklingshemning- Atferdsanalytisk forståelse og behandling. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges (NG11) [database]. Manchester: NICE guidance [oppdatert 29. mai 2015; lest 22. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11>
8. Willis TJ, LaVigna GW, Donnellan AM. The Behavior Assessment Guide: Institute for Applied Behavior Analysis; 2011. Tilgjengelig fra: <https://books.google.no/books>
9. Newcomb ET, Hagopian LP. Treatment of severe problem behaviour in children with autism spectrum disorder and intellectual disabilities. Int Rev Psychiatry 2018;30(1):96-109. DOI: <http://doi.org/10.1080/09540261.2018.1435513>
10. Helsedirektoratet. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9 [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 1. oktober 2015; lest 12. desember 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/rettsikkerhet-ved-bruk-av-tvang-og-makt-overfor-enkelte-personer-med-psykisk-utviklingshemming>
11. Chaidez V, Hansen RL, Hertz-Picciotto I. Gastrointestinal Problems in Children with Autism, Developmental Delays or Typical Development. J Autism Dev Disord 2014;44(5):1117-27. DOI: <http://doi.org/10.1007/s10803-013-1973-x>
12. Cohen S, Fulcher BD, Rajaratnam SMW, Conduit R, Sullivan JP, St Hilaire MA, et al. Sleep patterns predictive of daytime challenging behavior in individuals with low-functioning autism. Autism Res 2018;11(2):391-403. DOI: <http://doi.org/10.1002/aur.1899>
13. Stubrud LH. Regulering av emosjoner og atferd hos personer med utviklingshemming. Psykologtidsskriftet [Internet]. 2016. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/09/regulering-av-emosjoner-og-atferd-hos-personer-med-utviklingshemning>
14. Cohen S, Conduit R, Lockley SW, Rajaratnam SMW, Cornish KM. The relationship between sleep and behavior in autism spectrum disorder (ASD): a review. Journal of Neurodevelopmental Disorders 2014;6(1):44. DOI: <http://doi.org/10.1186/1866-1955-6-44>

15. Healy O, Lydon S, Murray C. Aggressive behavior. I: Sturmey P, Didden R, red. Evidence-based practice and intellectual disabilities. Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell; 2014. s. 101-33.
16. Sigafoos J, O'Reilly M, Lancioni G, Lang R, Didden R. Self-Injurious behavior. I: Sturmey P, Didden R, red. Evidence-based practice and intellectual disabilities. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell; 2014. s. 133-63.
17. Tetzchner SV. Utfordrende atferd hos mennesker med lærehemning: betydning av kommunikasjon, boforhold og tjenester. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003.
18. Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge (RHABU). Diagnostisk utredning av barn og unge ved spørsmål om utviklingshemming [nettdokument]. Oslo: RHABU [oppdatert 1. november 2019; lest 25. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rhabu/diagnostisk-utredning-av-barn-og-unge-ved-sporsmal-om-utviklingshemming>
19. Regional kompetansetjeneste for autisme ADHD Tourette syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT). Regional retningslinje for utredning og diagnostisering av autismespekterforstyrrelser [nettdokument]. Oslo: RKT [oppdatert 2013; lest 02. november 2022]. Tilgjengelig fra: https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/regional-kompetansetjeneste-for-autisme-adhd-tourettes-syndrom-og-narkolepsi-helse-sor-ost/Documents/Regional_retningslinje_utredning_ASF.pdf
20. Murphy GH, Beadle-Brown J, Wing L, Gould J, Shah A, Holmes N. Chronicity of challenging behaviours in people with severe intellectual disabilities and/or autism: a total population sample. J Autism Dev Disord 2005;35(4):405-18. DOI: <http://doi.org/10.1007/s10803-005-5030-2>
21. Thompson TJ, Walker MW, LeBoeuf JB, Simeonsson RJ, Karakul E. Chronicity of Challenging Behaviors in Persons with Severe/Profound Intellectual Disabilities Who Received Active Treatment During a 20-Year Period. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 2022;19(2):162-70. DOI: <https://doi.org/10.1111/jppi.12395>
22. Emerson E, Kiernan C, Alborz A, Reeves D, Mason H, Swarbrick R, et al. The prevalence of challenging behaviors: a total population study. Research in Developmental Disabilities 2001;22(1):77-93. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(00\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(00)00061-5)
23. Steinfeldt-Kristensen C, Jones CA, Richards C. The Prevalence of Self-injurious Behaviour in Autism: A Meta-analytic Study. J Autism Dev Disord 2020;50(11):3857-73. DOI: <http://doi.org/10.1007/s10803-020-04443-1>
24. Mctiernan A, Leader G, Healy O, Mannion A. Analysis of risk factors and early predictors of challenging behavior for children with autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders 2011;5:1215-22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.01.009>
25. Davies LE, Oliver C. Self-injury, aggression and destruction in children with severe intellectual disability: Incidence, persistence and novel, predictive behavioural risk markers. Res Dev Disabil 2016;49-50:291-301. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.12.003>
26. Oliver C, Petty J, Ruddick L, Bacarese-Hamilton M. The association between repetitive, self-injurious and aggressive behavior in children with severe intellectual disability. J Autism Dev Disord 2012;42(6):910-9. DOI: <http://doi.org/10.1007/s10803-011-1320-z>
27. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 3. desember 2019; lest 12. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge>
28. Helsedirektoratet. Barn og unge med habiliteringsbehov. Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2396. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/barn-og-unge-med-habiliteringsbehov>
29. Lov om barnehager. LOV-2005-06-17-64. Sist endret i: LOV-2021-06-11-78, LOV-2022-06-10-40 Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>

30. Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringsloven). LOV-1998-07-17-61. Sist endret i: LOV-2022-06-17-68. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
31. Helsedirektoratet. Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 20. september 2019; lest 12.12.22]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne>
32. Helsedirektoratet. Helsepersonelloven med kommentarer [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 21. oktober 2022; lest 2. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>
33. Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven). LOV-2021-06-11-79. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2021-06-11-79>
34. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28. mars 2022; lest 12. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
35. Folkehelseinstituttet. Hva er viktig for deg? - En retningsendring [nettdokument]. [oppdatert 14. juni 2019; lest 25. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>
36. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven - hol,). LOV-2011-06-24-30. Sist endret i: LOV-2022-06-10-37. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
37. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesten). LOV-1999-07-02-61. Sist endret i: LOV-2021-06-11-78. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
38. Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63. Sist endret i: LOV-2021-06-11-78. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
39. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Sist endret i: LOV-2022-05-20-29. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
40. Helsedirektoratet. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 02. desember 2020; lest 12. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
41. Helsedirektoratet. Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-2466. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kontaktlege-i-spesialisthelsetjenesten/Kontaktlege>
42. Tanwar M, Lloyd B, Julies P. Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for children with learning disabilities whose behaviour challenges: NICE guideline 2015. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2017;102(1):24-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2015-309575>
43. Helsedirektoratet. Prioriteringsveileder-psykisk helsevern for barn og unge [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 2. november 2015; lest 12. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
44. Helse Sør-Øst. Samvalg [nettdokument]. [lest 8. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://samvalg.no/>
45. Lov om barneverntjenesten (barnevernloven). LOV-1992-07-17-100. Sist endret i: LOV-2021-06-11-78. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
46. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd om bruk av psykofarmaka hos barn og unge [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 7. september 2022; lest 14. november 2022]

- 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykofarmaka-bruk-hos-barn-og-unge#apiUrl>
47. Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge (RHABU), Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør (RBUP). God psykisk helse for alle- Utredning og behandling av psykiske lidelser hos barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme [nettdokument]. Oslo: RHABU [oppdatert 25. august 2022; lest 13. desember 2022]. Tilgjengelig fra: [God psykisk helse for alle - Oslo universitetssykehus HF](#)
 48. Staunton E, Kehoe C, Sharkey L. Families under pressure: Stress and quality of life in parents of children with an intellectual disability. *Ir J Psychol Med* 2020;1-8. DOI: <http://doi.org/10.1017/ipm.2020.4>
 49. Bufdir. Hjelp hos familievernnet [nettdokument]. [lest 08. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://ny.bufdir.no/familie/>
 50. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Læring og mestringstilbudet Starthjelp[oppdatert 3. juli 2020; lest 12. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://mestring.no/laerings-og-mestringsaktivitet/tilbud-du-kan-ta-i-bruk/starthjelp/>
 51. Regional kompetansetjeneste for autisme ADHD Tourette syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst. Samhandling og konflikthåndtering i hjelpeapparatet [nettdokument]. [oppdatert 2010; lest 08. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/regional-kompetansetjeneste-for-autisme-adhd-tourettes-syndrom-og-narkolepsi-helse-sor-ost/Document/samhandling/konflikthandtering.pdf>
 52. Kornør H, Martinussen M. Måleegenskaper ved den norske versjonen av Parenting Stress index, 3. versjon (PSI) PsykTestBarn[oppdatert 15. august 2011; lest 14. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://r-bup.brage.unit.no/r-bup-xmlui/handle/11250/2386071>
 53. Helsedirektoratet. Hvor skal man begynne? Et utfordringsbilde blant familier med barn og unge som behøver sammensatte offentlige tjenester [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28. november 2019; lest 12. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hvor-skal-man-begynne-et-utfordringsbilde-blant-familier-med-barn-og-unge-som-behøver-sammensatte-offentlige-tjenester>
 54. Helsedirektoratet. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28. januar 2019; lest 12. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paorendeveileder>
 55. Pivalizza P, Augustyn M, Armsby C. Intellectual disability (ID) in children: Clinical features, evaluation, and diagnosis [database]. UpToDate [oppdatert 04. januar 2022; lest 05. juli 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/intellectual-disability-id-in-children-clinical-features-evaluation-and-diagnosis>
 56. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256. Sist endret i: FOR-2022-06-22-1110. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
 57. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10). 10 utg. Geneva: World Health Organization; 2016. Tilgjengelig fra: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
 58. Hanley GP. Functional Assessment of Problem Behavior: Dispelling Myths, Overcoming Implementation Obstacles, and Developing New Lore. *Behavior Analysis in Practice* 2012;5(1):54-72. DOI: <http://doi.org/10.1007/BF03391818>
 59. Bakken TL. Atferdsekvivalenter. I: Bakken TL, red. Håndbok i miljøterapi: Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 357-68
 60. Halvorsen M, Helverschou SB. Identifisering av psykiske helsevansker hos personer med autismespekterforstyrrelser og psykisk utviklingshemming [nettdokument]. [oppdatert 2. mars 2020; lest 14. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2020/03/identifisering-av-psykiske-helsevansker-hos-personer-med>

61. Brookman-Frazee L, Stadnick N, Chlebowski C, Baker-Ericzén M, Ganger W. Characterizing psychiatric comorbidity in children with autism spectrum disorder receiving publicly funded mental health services. *Autism* 2018;22(8):938-52. DOI: <http://doi.org/10.1177/1362361317712650>
62. Halvorsen MB, Helverschou SB, Axelsdottir B, Brøndbo PH, Martinussen M. General Measurement Tools for Assessing Mental Health Problems Among Children and Adolescents with an Intellectual Disability: A Systematic Review. *J Autism Dev Disord* 2022. DOI: <http://doi.org/10.1007/s10803-021-05419-5>
63. McDonnell CG, Boan AD, Bradley CC, Seay KD, Charles JM, Carpenter LA. Child maltreatment in autism spectrum disorder and intellectual disability: results from a population-based sample. *J Child Psychol Psychiatry* 2019;60(5):576-84. DOI: <http://doi.org/10.1111/jcpp.12993>
64. Mevissen L, Jongh Ad. PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: A review of the literature. *Clinical Psychology Review* 2010;30(3):308-16. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.005>
65. Bufdir. Hvordan håndtere bekymring for at ansatte har utsatt barn for vold eller seksuelle overgrep-veileder for utarbeidelse av plan [Nettdokument]. [oppdatert 08. mai 2021; lest 08. november 2022]. Tilgjengelig fra: https://ny.bufdir.no/fagstotte/produkter/hvordan_handtere_bekymring_for_at_ansatte_har_utsatt_barn_for_vold_eller_seksuelle_overgrep_veileder_for_utarbeidelse_av_plan/
66. Eggen K, Fjeld W, Malmo S, Zachariassen P. Utviklingshemning og seksuelle overgrep-rettsvern, forebygging og oppfølging [nettdokument]. Bufdir.no[oppdatert 2014; lest 14. november 2022]. Tilgjengelig fra: https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Utviklingshemning_seksuelle_overgrep_nett.pdf
67. Leonard M, Hackett S. AIM3 utredningsmodellen. Utredning av ungdom og Skadelig Seksuell Atferd (SSA). Norsk versjon 2020.
68. Borren I, Bania EV. Måleegenskaper ved den norske versjonen av KATES Omsorgsgiver: Kartlegging av traumatiske erfaringer og posttraumatiske symptomer (KATES Omsorgsgiver)[oppdatert 08. august 2022; lest 10. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://psyktestbarn.r-bup.no/no/artikler/kates-foreldre-kartlegging-av-traumatiske-erfaringer>
69. Vandeveld S, Morisse F, Došen A, Poppe L, Jonckheere B, Hove Gv, et al. The scale for emotional development-revised (SED-R) for persons with intellectual disabilities and mental health problems: development, description, and reliability. *International Journal of Developmental Disabilities* 2016;62(1):11-23. DOI: <http://doi.org/10.1179/2047387714Y.0000000062>
70. Sappok T, Zepperitz S, Hudson M. Meeting Emotional Needs in Intellectual Disability: The Developmental Approach 2021.
71. Sappok T, Böhm J, Birkner J, Roth G, Heinrich M. How is your mind set? Proof of concept for the measurement of the level of emotional development. *PLoS ONE* 2019;14(4). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215474>
72. Cooper JO, Heron TE, Heward WL. Applied behavior analysis. Third edition. utg. Harlow: Pearson Education Limited; 2020.
73. Bertelsen KA, Halvorsen LR, Løkke JA, Solvang M, Løkke GEH. Opplæring i ikke-eksperimentelle funksjonelle analyser eller FAK-analyser. *Norsk Tidsskrift for atferdsanalyse* 2013;40(2):147-56.
74. Viken K. Atferdsanalytisk miljøbehandling: struktur og kvalitet i tilrettelagte tjenester. Oslo: Gyldendal; 2018.
75. Halvorsen M, Myrbakk E, Martinussen M. Måleegenskaper ved den norske versjonen av Aberrant Behavior Checklist (ABC) [nettdokument]. [oppdatert 2015; lest 20. desember 2022]. Tilgjengelig fra: <https://psyktestbarn.r-bup.no/no/artikler/abc-aberrant-behavior-checklist>
76. Helsedirektoratet. Utredning av risiko for vold ved alvorlig psykisk lidelse-bruk av strukturerte kliniske verktøy [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 25. april 2018; lest 12.

- august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsriskoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>
77. Torve BA, Larsen R. Funksjonelle analyser i norske studier av behandling av utfordrende atferd. Hvilke metoder brukes, og hvor nyttige er de? Norsk Tidsskrift for atferdsanalyse 2020;47(2):81-96.
 78. Beavers GA, Iwata BA, Lerman DC. Thirty years of reasech on the functional analysis of problem behavior. Journal of applied behavioral analysis 2013;46(1):1-21. DOI: <https://doi.org/10.1002/jaba.30>
 79. Hanley GP, Iwata BA, McCord BE. Functional analysis of problem behavior: a review. J Appl Behav Anal 2003;36(2):147-85. DOI: <http://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-147>
 80. Strømgren B, Dønnum MS. En multimodal kontekstuell tilnærming til analyse og behandling utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming. Norsk Tidsskrift for atferdsanalyse 2013;40(2):133-46.
 81. Strømgren B. Multimodal Funksjonell Kartlegging: En kontekstuell tilnærming til analyse og behandling av utfordrende atferd. Norsk Tidsskrift for atferdsanalyse 2014;41(1):103-9.
 82. Bertelsen KA. Opplæring av personer med lav formell kompetanse i gjennomføring av eksperimentelle funksjonelle analyser av selvskading. Norsk Tidsskrift for atferdsanalyse 2009;36(3):143-61.
 83. Peterson SM, Neef NA. Functional Behavior Assessment. I: Cooper JO, Heron TE, Heward WL, red. Applied Behavior Analysis. Harlow: Pearson Education Limited; 2020. s. 678-706.
 84. Bloom SE, Iwata BA, Fritz JN, Roscoe EM, Carreau AB. Classroom application of a trial-based functional analysis. J Appl Behav Anal 2011;44(1):19-31. DOI: <http://doi.org/10.1901/jaba.2011.44-19>
 85. Tarbox J, Wallace M, Tarbox R, Landaburu H, Williams L. Functional analysis and treatment of low-rate problem behavior in individuals with developmental disabilities. Behavioral Interventions 2004;19:73-90. DOI: <http://doi.org/10.1002/bin.156>
 86. Najdowski AC, Wallace MD, Ellsworth CL, MacAleese AN, Cleveland JM. Functional analyses and treatment of precursor behavior. Journal of Applied Behavior Analysis 2008;41(1):97-105. DOI: <https://doi.org/10.1901/jaba.2008.41-97>
 87. Halvorsen LR, Løkke JA, Vintermyr K, Andreassen EM, Gabrielsen LS, Laugsand A. Identifisering av forløpere til problematferd:en systematisk replikasjonsstudie. Norsk Tidsskrift for atferdsanalyse 2013;40(1):31-8.
 88. Holden B. Funksjonelle analyser av problematferd. En introduksjon. Norsk Tidsskrift for atferdsanalyse 2013;40(2):121-32.
 89. Berge U. Aktiv Støtte. I: Haugland S, Berge U, Gjermestad A, Høium K, Løkke JA, red. Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 2022.
 90. Holden B. Psykiske lidelser og utviklingshemning : atferdsanalytisk forståelse og behandling. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.
 91. Sturmey P, Didden R. Evidence-based practice and intellectual disabilities. Chichester, West Sussex,Malden, MA: Wiley Blackwell; 2014.
 92. FRAMBU kompetansesenter for sjeldne diagnoser. Energiøkonomisering og aktivitetsprioritering[oppdatert Desember 2019; lest 15. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://frambu.no/tema/energiokonomisering/>
 93. Garrels V. Å strukturere hverdagsaktiviteter gjennom bruk av TEACCH. I: Haugland S, red. Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid. Oslo: Univeritetsforlaget; 2022. s. 154-70.
 94. Brodhead MT, Rispoli MJ, Wendt O, Akers JS, Gerencser KR, Kim SY. Treatment of Core Symptoms of Autism Spectrum Disorder. I: Matson JL, red. Handbook of Treatments for Autism Spectrum Disorder. Cham: Springer International Publishing; 2017. s. 127-44. Tilgjengelig fra: https://doi.org/10.1007/978-3-319-61738-1_9

95. Hartzheim D. Augmentative and Alternative Communication and Autism. I: Matson JL, red. Handbook of Treatments for Autism Spectrum Disorder. Cham: Springer International Publishing; 2017. s. 269-88. Tilgjengelig fra: https://doi.org/10.1007/978-3-319-61738-1_16
96. Statlig pedagogisk tjeneste. "Hvem gjør hva?"-på ASK-området [nettdokument]. Statped [lest 12. august 2022]. Tilgjengelig fra: https://www.statped.no/globalassets/laringsressurs/dokumenter/02-bokhefte/statped_ask-hvem-gjor-hva-web-hefte.pdf
97. Rambøll Management Consulting. Evaluering av hjemmeveiledning-barn med nedsatt funksjonsevne. 2022. Tilgjengelig fra: <https://stiftelsensor.no/images/nyheter/2022/08-august/Evaluering-av-hjemmeveiledning>
98. Gore N, Bradshaw J, Hastings R, Sweeney J, Austin D. Early positive approaches to support (E-PaTS): Qualitative experiences of a new support programme for family caregivers of young children with intellectual and developmental disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2022;35(3):889-99. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12993>
99. Bjønnum S, Myklebustad H. Veileder. Forebygging og håndtering av aggresjon og vold i tjenester til personer med utviklingshemming [lest 9. november 2022]. Tilgjengelig fra: https://naku.no/sites/default/files/kba_uploads/veileder_-_forebygging_og_handtering_av_aggresjon_og_vold_sor_net.pdf
100. Carr EG, Dunlap G, Horner RH, Koegel RL, Turnbull AP, Sailor W, et al. Positive Behavior Support: Evolution of an Applied Science. Journal of Positive Behavior Interventions 2002;4(1):4-16. DOI: <http://doi.org/10.1177/109830070200400102>
101. Berge U. Positiv atferdsstøtte. I: Bakken TL, red. Håndbok i miljøterapi til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming. 1. utg. Oslo: Fagbokforlaget; 2020. s. 131-8.
102. National Institute for Health and Care Excellence. Learning disabilities and behaviour that challenges: service design and delivery (NG 93) [database]. [oppdatert 28. mars 2018; lest 10. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng93>
103. McDonnell AA, Sjøbu A, Elvegård K, Stenhammer T, Samordningsrådet for frivillig arbeid for psykisk utviklingshemmede i N. Håndtering av aggressiv atferd med lavaffektive tilnærminger. Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
104. Eskeland LP, Mikkelsen E. SPELL. I: Haugland S, Berge U, Gjermestad A, Høium K, Løkke JA, red. Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 2022.
105. Teigland O, Wærness HL, Gjermestad A. Traumebevisst forståelse (TBF) som miljøterapeutisk forståelsesmodell i møte med mennesker med utviklingshemming. I: Haugland S, red. Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 2022.
106. Doehring P, Reichow B, Palka T, Phillips C, Hagopian L. Behavioral approaches to managing severe problem behaviors in children with autism spectrum and related developmental disorders: a descriptive analysis. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2014;23(1):25-40. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.chc.2013.08.001>
107. Copeland L, Buch G. Addressing Medical Issues in Behavior Analytic Treatment. Behav Anal Pract 2020;13(1):240-6. DOI: <http://doi.org/10.1007/s40617-019-00342-9>
108. Harvey ST, Boer D, Meyer LH, Evans IM. Updating a meta-analysis of intervention research with challenging behaviour: Treatment validity and standards of practice. Journal of Intellectual & Developmental Disability 2009;34(1):67-80. DOI: <http://doi.org/10.1080/13668250802690922>
109. Viken K, Myhre M. Atferdsanalyse i psykisk helsearbeid. I: Bakken TL, red. Håndbok i miljøterapi- Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming. 1 utg. Oslo: Fagbokforlaget; 2020. s. 119-29.
110. Tiger JH, Hanley GP, Bruzek J. Functional communication training: a review and practical guide. Behavior analysis in practice 2008;1(1):16-23. DOI: <http://doi.org/10.1007/BF03391716>
111. Ganz JB. Aided augmentative communication for individuals with autism spectrum disorders. New York, NY: Imprint: Springer; 2014.

112. Statped. Alternativ og supplerende kommunikasjon-e-læring [nettside]. Statped.no [lest 21. desember 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.statped.no/e-laring/>
113. Gundersen K. AART: en metode for trening i sosial kompetanse. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
114. Bonner AC, Borrero JC. Differential Reinforcement of Low Rate Schedules Reduce Severe Problem Behavior. *Behavior Modification* 2017;42(5):747-64. DOI: <http://doi.org/10.1177/0145445517731723>
115. Holden B, Finstad J. Atferdsavtaler: et hjelpemiddel for å velge hensiktsmessig atferd. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
116. Vandbakk M, Steingrimsdottir HS, Finstad J. Økt utføring av hverdagsaktiviteter gjennom atferdsavtaler. *Norsk Tidsskrift for atferdsanalyse* 2019;46(1):15-28.
117. Wahman CL, Pustejovsky JE, Ostrosky MM, Santos RM. Examining the Effects of Social Stories™ on Challenging Behavior and Prosocial Skills in Young Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Topics in Early Childhood Special Education* 2022;41(4):267-79. DOI: <http://doi.org/10.1177/0271121419855692>
118. Rust J, Smith A. How should the effectiveness of Social Stories to modify the behaviour of children on the autistic spectrum be tested?: Lessons from the literature. *Autism* 2006;10(2):125-38. DOI: <http://doi.org/10.1177/1362361306062019>
119. Raulston TJ, Hansen SG, Machalicek W, McIntyre LL, Carnett A. Interventions for Repetitive Behavior in Young Children with Autism: A Survey of Behavioral Practices. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2019;49(8):3047-59. DOI: 10.1007/s10803-019-04023-y
120. Ogg-Groenendaal M, Hermans H, Claessens B. A systematic review on the effect of exercise interventions on challenging behavior for people with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2014;35(7):1507-17. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.04.003>
121. Lanovaz MJ, Rapp JT, Gendron A, Préfontaine I, Turgeon S. Comorbid Challenging Behaviors. I: Matson JL, red. *Handbook of Treatments for Autism Spectrum Disorder*. Cham: Springer International Publishing; 2017. s. 145-69. Tilgjengelig fra: https://doi.org/10.1007/978-3-319-61738-1_10
122. Lidal IB, Axelsdottir B, Dahlgren A. Kunnskapsoppsummering: effekt av tiltak for psykisk helse hos barn og unge med funksjonsnedsettelse. *Håndbok for barn og unges psykiske helse: oppsummert forskning om effekt av tiltak*. Oslo [lest 25. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://buphandboka.r-bup.no/no/tilstander/tilstandsgruppe-funksjonsnedsettelse-og-psykisk-helse/oppsummert-om-funksjonsnedsettelse-og-psykisk-helse>
123. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri [nettutgave]. Oslo: Den norske legeforening [oppdatert 21.03.2019; lest 16.2.21]. 4: [Tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/>]
124. RELIS. Meld mistenkte bivirkninger [nettdokument]. [oppdatert 3. februar 2020; lest 14. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://relis.no/content/3557/Bivirkninger>
125. Utdanningsdirektoratet. Skolens ansvar for elever som har behov for helse- og omsorgstjenester i skoletiden [nettdokument]. [oppdatert 8. september 2017; lest 15. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/regelverkstolkninger/opplaring/Skoleeiers-ansvar/Skolens-ansvar-for-eleversom-har-behov-for-helse--og-omsorgstjenester-i-skoletiden>
126. Utdanningsdirektoratet. Bruk av tvang og makt i skolen [nettdokument]. [oppdatert 29. november 2019; lest 15. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/rapporter/bruk-av-tvang-og-makt-i-skolen/>
127. Utdanningsdirektoratet, Helsedirektoratet. Bruk av nødrett/nødverge og andre inngripende tiltak i skolen [nettdokument]. [oppdatert 18. juni 2018; lest 15. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/regelverkstolkninger/opplaring/Skoleeiers-ansvar/Bruk-av-nodrett-og-andre-inngripende-tiltak>

128. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilsynsmyndighetene: Regjeringen.no [oppdatert 27. august 2021; lest 14. desember 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/helse--og-sosialpersonell/innsikt/tilsyn/id481901/>
129. Haggag KJ. Fra barn til voksen. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 2015;135(5):411-. DOI: <http://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0105>