

Behandlingslinje for utredning og behandling av atferd som utfordrer

– hos voksne med utviklingshemming henvist habiliteringstjenesten

Regional kompetansetjeneste for habilitering (RKHAB)
Helse Sør-Øst
Publisert 25.02.2026

RKHAB

Utgitt av: Regional kompetansetjeneste for habilitering

Versjon: 1.0

Publisert: 25. februar 2026

(Lenker i ressursboksene sist oppdatert 19.08.26)

Tilgjengelig fra: Regional kompetansetjeneste for habilitering (RKHAB) - Oslo universitetssykehus HF

Oppdager du feil eller mangler, vennligst meld det inn til post-rkhab@ous-hf.no

Innhold

1 INNLEDNING	4
2 ANBEFALINGER FOR HAVO	6
3 ATFERD SOM UTFORDRER	10
3.1 Ulike former for atferd som utfordrer	10
3.2 Sårbarhetsfaktorer for utvikling av atferd som utfordrer	10
4 HENVISNING OG OPPSTART	13
4.1 Rett til nødvendig helsehjelp	13
4.2 Samtykke og medvirkning	13
4.3 Innhenting av opplysninger	14
4.4 Umiddelbare tiltak	16
4.5 Planlegging av utredning	16
4.6 Registrering av koder	17
5 KARTLEGGING OG UTREDNING	18
5.1 Tverrfaglig utredning	18
5.2 Kartlegging og utredning av individuelle, psykososiale og miljømessige faktorer	19
5.2.1 Pasientens diagnoser	19
5.2.2 Somatisk utredning	19
5.2.3 Psykososialt miljø, rammebetingelser og kompetanse hos tjenesteytere	21
5.2.4 Språk- og kommunikasjon	22
5.2.5 Adaptive ferdigheter og bistandsbehov	23
5.2.6 Diagnostisk vurdering	23
5.2.7 Psykiske lidelser	24
5.2.8 Belastende livshendelser	25
5.2.9 Emosjonell utvikling	26
5.2.10 Sensoriske prosesseringsvansker	26
5.2.11 Verdier, interesser og preferanser	27
5.2.12 Livskvalitet	27
5.2.13 Seksuell helse	27
5.2.14 Problematisk eller skadelig seksuell atferd	28
5.2.15 Aldring og demens	29
5.2.16 Rusavhengighet	29
5.3 Beskrivelse og kartlegging av atferd som utfordrer	30
5.3.1 Funksjonell kartlegging og analyse	31
5.3.2 Vurdering av voldsrisiko	32
5.4 Oppsummering av utredning og plan for behandling	33
5.4.1 Utredningsrapport (epikrise)	34
5.4.2 Tilbakemelding fra kartlegging og utredning	34
5.4.3 Utførere av behandling	35
5.5 Avtaler om samarbeid og behandlingsplan	35

6	BEHANDLING	36
6.1	Behandlingstiltak rettet mot pasient og miljø.....	36
6.1.1	<i>Somatisk behandling</i>	36
6.1.2	<i>Endringer og forbedringer i pasientens miljø</i>	37
6.1.3	<i>Tilpasset kommunikasjon og alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK)</i>	38
6.1.4	<i>Etablering av adaptive ferdigheter.....</i>	39
6.1.5	<i>Behandling av psykiske lidelser</i>	39
6.1.6	<i>Tilrettelegging i forhold til emosjonell utvikling</i>	40
6.1.7	<i>Forsterkningsprosedyrer.....</i>	41
6.1.8	<i>Atferdsavtaler.....</i>	42
6.1.9	<i>Gradvis eksponering</i>	42
6.1.10	<i>Psykoedukasjon</i>	42
6.1.11	<i>Sosial ferdighetstrening.....</i>	42
6.1.12	<i>Kognitiv atferdsterapi.....</i>	43
6.1.13	<i>Behandling, tilsyn og oppfølging ved PSA/SSA.....</i>	43
6.1.14	<i>Behandling av rusavhengighet.....</i>	44
6.1.15	<i>Opplæring og veiledning av tjenesteytere.....</i>	44
6.1.16	<i>Opplæring og støtte til pårørende.....</i>	46
6.1.17	<i>Medikamentell behandling av atferd som utfordrer</i>	47
6.2	Samarbeid i saker med tvungen omsorg	49
6.3	Skadeavvergende tiltak og tiltak som innebærer bruk av tvang og makt	50
7	EVALUERING	51
7.1	Evaluering av behandling.....	51
7.2	Evaluering av medikamentell behandling	51
7.2.1	<i>Sentrale bivirkninger</i>	52
7.2.2	<i>Kartlegging av bivirkninger</i>	52
7.2.3	<i>Nedtrapping og seponering ved langtidsbruk av psykofarmaka.....</i>	52
7.2.4	<i>Seponeringssymptomer og spesielle hensyn</i>	52
7.3	Evaluering av veiledning og samarbeid	53
7.4	Forsvarlighet	53
8	AVSLUTNING OG VIDERE OPPFØLGING	54
8.1	Epikrise	54
9	METODERAPPORT	55
10	REFERANSER	58
	VEDLEGG 1 AKTUELLE LEGEMIDLER OG EVIDENSGRUNNLAGET FOR BRUK	71
	VEDLEGG 2 SENTRALE BIVIRKNINGER MED SÆRLIG RELEVANS FOR PASIENTER MED	
	UTVIKLINGSHEMMING OG AUTISME.....	73

1 INNLEDNING

Denne behandlingslinjen omhandler voksne med utviklingshemming som er henvist og vurdert til å ha rett til habilitering i spesialisthelsetjenesten på grunn av moderate eller alvorlige atferdsvansker.

Utarbeidelsen av behandlingslinjen er et av tiltakene i Regional fagplan for habilitering (1). Arbeidet har vært ledet av Regional kompetansetjeneste for habilitering (RKHAB). En tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av fagpersoner fra habiliteringstjenestene for voksne (HAVO) i alle helseforetakene i Helse Sør-Øst har deltatt i utarbeidelsen. To representanter fra brukerorganisasjoner har også medvirket i arbeidet. Oversikt over arbeidsgruppen og informasjon om kunnskapsgrunnlaget og arbeidsprosessen med behandlingslinjen er beskrevet i metoderapporten i kapittel 9.

Behandlingslinjen bygger på behandlingslinjen for barn og unge Behandlingslinje for utredning og behandling av utfordrende atferd (oslo-universitetssykehus.no) (2), som igjen er basert på prosedyrer, rutinebeskrivelser og behandlingslinjer som tidligere er utarbeidet ved enkelte av helseforetakene i regionen. 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), Overview | Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges | Guidance | NICE (3).

Behandlingslinjen er utarbeidet for HAVO i Helse Sør-Øst og gir anbefalinger ved utredning og behandling av atferd som utfordrer hos voksne med utviklingshemming. Behandlingslinjen er ment veiledende for fagpersoner i HAVO og har som mål å bidra til god kvalitet og likeverdige tjenester. Behandlingslinjen beskriver et forløp fra henvisning til evaluering og avslutning. Den gir en overordnet oversikt og inneholder områder og faktorer som bør vurderes og eventuelt utredes, og beskriver behandling som kan være aktuell ved ulike former for atferd som utfordrer. Det er helsepersonellet som gjør individuelle, faglige og etiske vurderinger av hva som skal utredes og behandles i hver enkelt pasientsak (4).

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

Kommunen har hovedansvaret for de fleste tjenester til personer med utviklingshemming og skal arbeide systematisk for å forebygge utvikling av atferd som utfordrer hos personer med utviklingshemming (5). Den nasjonale veilederen Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming - Helsedirektoratet omtaler dette. Lovpålagte lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak skal også si noe om oppgavefordeling og samarbeid (6;7).

Fastlegen skal ved tilstander som krever spesialisert kompetanse henvise til spesialisthelsetjenesten (5). Når pasienten har samtykket til henvisning til HAVO skal HAVO og kommunen samarbeide om utredning og behandling. Involverte instanser har plikt til å samordne sine tjenester (8). I en del pasientsaker samarbeider HAVO også med private aktører som kommunen kjøper tjenester av.

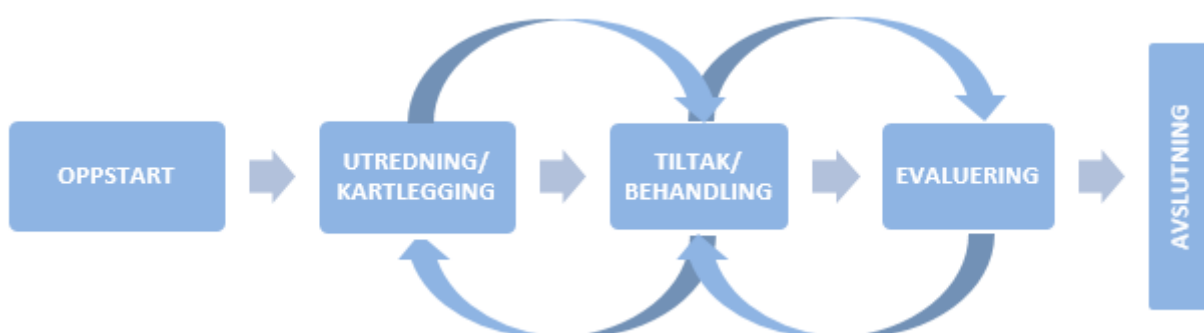
Utredning og behandling vil oftest gjennomføres på personens arenaer og i nært samarbeid med pårørende og/eller kommunale/private samarbeidspartnere. Kommunale/private tjenester og pårørende vil på ulikt vis være involvert i alle faser av pasientforløpet og vil derfor kunne ha nytte av å

være kjent med behandlingslinjen. Behandlingslinjen vil også kunne være nyttig i utarbeidelsen av lokale pasientforløp på tvers av spesialisthelsetjeneste og kommune.

Atferd som er av en alvorlighetsgrad som krever utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten vil ofte samtidig være av en slik karakter at den fører til fare for vesentlig skade på personen selv, på andre eller fysisk skade på materiell. Det vil da kunne være nødvendig å benytte tvang og makt. Bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming er regulert i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 (hol. kap. 9) (9). Behandlingslinjen må brukes i sammenheng med dette lovverket.

Under flere av kapitlene er det lagt inn bokser med ressurser knyttet til kapitlet bestående av relevante nettsider, kartleggingsverktøy og litteratur, ut over referansene det henvises til i kapitlet. Her kan man innhente mer kunnskap om temaet. En del er gratis tilgjengelig på nett eller digitalt tilgjengelig i helseforetaket. Enkelte verktøy medfører kostnader og opplæring/sertifisering. Ikke alle er validert på norsk. Oversikten over ressurser er ikke uttømmende.

Figur 1. Prosessen for utredningen og behandlingen



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

2 ANBEFALINGER FOR HAVO

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

Kapittel 3 Atferd som utfordrer

1. Alle fagpersoner i HAVO bør være oppmerksom på individuelle, psykososiale og miljømessige sårbarhetsfaktorer som øker sjansen for atferd som utfordrer hos pasienter med utviklingshemming.

Kapittel 4 Henvisning og oppstart

2. HAVO må gjøre konkrete, individuelle faglige og skjønnsmessige vurderinger av den utfordrende atferden og retten til helsehjelp.
3. Pasientens samtykke til helsehjelp i HAVO må avklares ved oppstart av forløpet.
4. Det må tidlig avklares hvem som er pasientens nærmeste pårørende og som har rett til informasjon og medvirkning i utredning og behandling dersom pasienten ikke kan ivareta egne interesser.
5. Det må etableres samarbeid med involverte instanser i kommunen og innhentes tilstrekkelige opplysninger om pasienten fra pasient/pårørende, fagansvarlige personer og andre involverte instanser før helsehjelp gis.
6. I den første samtalen med pasient og/eller nærmeste pårørende og eventuelt tjenesteytere bør henvisningen avklares og relevante opplysninger innhentes. Det må også informeres om videre behandlingsforløp og samtykke til dette må avklares.
7. Mottar pasienten kommunale helse- og omsorgstjenester må det innhentes informasjon om hvilke vurderinger kommunen har gjort knyttet til hol. kap. 9.
8. Kommer det frem informasjon om at den utfordrende atferden umiddelbart kan medføre alvorlig skade på pasienten selv, andre personer eller materiell, må det vurderes å igangsette tiltak raskt.
9. Det må vurderes om det skal samarbeides med og/eller om pasienten bør henvises videre til andre deler av spesialisthelsetjenesten.
10. HAVO bør utarbeide en skriftlig plan for utredningen som sendes pasienten, henviser/fastlege og etter dialog med pasient til andre aktuelle samarbeidsparter.

Kapittel 5 Kartlegging og utredning

11. Kartlegging og utredning bør foregå ved hjelp av innhenting av aktuell informasjon fra pasienten og ulike informanter fra pasientens arenaer og bør foregå for eksempel ved samtaler, registrering av atferden, observasjoner og bruk av standardiserte utrednings- og kartleggingsverktøy der det finnes.
12. Observasjon, kartlegging og utredning av atferd som utfordrer er i de fleste tilfeller mest hensiktsmessig å gjøre ambulant på de arenaene den utfordrende atferden oppstår, eventuelt supplert med undersøkelser poliklinisk.
13. Utredning skal gjøres i samarbeid med kommunale/fylkeskommunale/private samarbeidspartnere. Pasient / nærmeste pårørende har rett til å medvirke i utredningen.
14. Kartlegging og utredning av atferd som utfordrer bør være tverrfaglig og involvere ulike faggrupper etter behov.
15. HAVO bør vurdere om pasientens funksjonsvansker er godt nok utredet eller om det er behov for en ny eller oppdatert vurdering. Hvilke individuelle, psykososiale og miljømessige forhold som utredes og kartlegges og hvor omfattende utredningen bør være, vurderes ut fra alvorlighetsgraden av atferden og kompleksiteten i hvert tilfelle.

16. Aktuelle områder å innhente informasjon om eller utrede når det gjelder atferd som utfordrer kan være:

- Pasientens diagnoser
- Somatisk helse
- Psykososialt miljø, rammebetingelser og kompetanse hos tjenesteytere
- Språk og kommunikasjon
- Adaptive ferdigheter
- Diagnostisk vurdering
- Psykiske lidelser
- Belastende livshendelser
- Emosjonell utvikling
- Sensoriske prosesseringsvansker
- Verdier, interesser og preferanser
- Livskvalitet
- Seksuell helse, problematisk eller skadelig seksuell atferd
- Aldring og demens
- Rusavhengighet

Somatisk utredning

17. Det bør gjennomføres en somatisk utredning av pasienten tidlig i utredningen, initialt hos fastlege og eventuelt i videre samarbeid mellom fastlege og HAVO lege, for å avdekke mulig somatisk årsak til atferden som utfordrer, og vurdere skadepotensialet atferden har på pasienten.
18. På legetimer i HAVO bør pasienten ha følge av en person som kjenner pasienten godt og som kan bidra med informasjon. Annen fagperson fra HAVO kan også delta på konsultasjon der det vurderes som hensiktsmessig.
19. HAVO skal ved behov gi tilpasset beslutningsstøtte, for eksempel ved å benytte beslutningsstøtteverktøy som symboler, kroppsplakat eller smerteskala i legetimer.
20. HAVO bør oppfordre pasienter til å ha helsekontroll hos fastlege minst en gang årlig, i tillegg ved behov, og regelmessig kontroll av tannhelse.

Beskrivelse og kartlegging av atferd som utfordrer

21. Atferdens forekomst og alvorlighetsgrad bør beskrives og kartlegges.
22. Det bør gjennomføres funksjonell kartlegging eller analyse av atferden som utfordrer for å kunne danne hypoteser om utløsende og opprettholdende faktorer av atferden.
23. Ved atferd som kan være til fare for andre personer bør det avveies om det skal utføres en systematisk voldsrisikovurdering og settes inn umiddelbare tiltak.

Oppsummering av utredning og plan for behandling

24. Funn fra utredning og anbefalinger for behandling skal oppsummeres i en tverrfaglig utredningsrapport (epikrise).
25. Etter utredning bør HAVO i et møte med pasienten og/eller nærmeste pårørende, henviser og aktuelle samarbeidsparter i kommunen informere om funn og vurderinger fra utredningen og gi anbefalinger for behandling.
26. Etter utredning skal HAVO gi informasjon om tilgjengelige og forsvarlige behandlingsalternativer slik at et informert valg kan tas av pasient og/eller nærmeste pårørende.
27. HAVO må i dialog med kommunen drøfte og avklare aktuelle behandlingsalternativer og behov for veiledning.

Utførere av behandling

28. Pasienten selv og/eller nærmeste pårørende skal medvirke i behandlingen.
29. HAVO og kommunen skal samarbeide om behandlingen.
30. HAVO bør vurdere omfanget av behandling, veiledning og rådgivning ut fra kompleksiteten og alvorlighetsgraden av atferden og kommunens kompetanse og ressurser.
31. Miljøterapeutisk behandling fra HAVO bør som oftest gis ambulant og indirekte i form av opplæring og veiledning til tjenesteytere og/eller pårørende. Behandling kan også gis digitalt eller poliklinisk der det vurderes som mer hensiktsmessig.

Avtaler om samarbeid og behandling

32. Dersom det er behov for at HAVO skal bidra i behandlingen av pasienten i en tidsavgrenset periode bør det utarbeides en skriftlig plan for behandling mellom HAVO, pasient og/eller nærmeste pårørende og aktuelle samarbeidsparter.

Kapittel 6 Behandling

33. Behandlingen bør være individuelt tilpasset og basere seg på resultater fra kartlegging og utredning, pasientens språklige nivå og hypotesen(e) om hva som kan være atferden(e)s funksjon og utløsende og opprettholdende faktorer.
34. Specialisthelsetjenesten har veiledningsplikt ovenfor kommunen og skal bistå når det er behov for mer spesialisert kompetanse enn det kommunen kan forventes å ha.
35. Behandlingstiltak som kan være aktuelle når det gjelder atferd som utfordrer er:
 - Somatisk behandling
 - Endringer og forbedringer i pasientens miljø
 - Tilpasset kommunikasjon og alternativ og supplerende kommunikasjon
 - Etablering av adaptive ferdigheter
 - Behandling av psykiske lidelser
 - Tilrettelegging i forhold til emosjonell utvikling
 - Forsterkningsprosedyrer
 - Atferdsavtaler
 - Gradvis eksponering
 - Psykoedukasjon
 - Sosial ferdighetstrening
 - Kognitiv atferdsterapi
 - Behandling, tilsyn og oppfølging ved PSA/SSA
 - Behandling av rusavhengighet
 - Opplæring og veiledning av tjenesteytere
 - Opplæring og støtte til pårørende
 - Medikamentell behandling
36. Manualer på spesifikke behandlinger bør benyttes der det finnes, med individualiserte tilpasninger.
37. Specialisthelsetjenesten og kommunale instanser bør samarbeide om pårørendestøtte og begge har ansvar for nødvendig opplæring og veiledning av pårørende.
38. Dersom pasienten har mindreårige søsken (under 18 år), skal HAVO bidra med kartlegging og ivaretagelse av deres behov for informasjon, støtte og oppfølging.

Medikamentell behandling

39. Legemiddelfrie behandlingstiltak bør som hovedregel være prøvd før man iverksetter medikamentell behandling, med mindre det foreligger en akutt fare for pasientens eller andres sikkerhet.

40. Før oppstart av medikamentell behandling bør det gjennomføres en klinisk kartlegging og relevante somatiske undersøkelser. Informert samtykke må dokumenteres.
41. Ved oppstart av medikamentell behandling bør indikasjon og eventuell bruk utenom indikasjon (*off-label*) dokumenteres og behandlingsmål defineres.
42. Det kreves klinisk vurdering og forsiktighet ved dosering siden pasientgruppen ofte har somatisk komorbiditet, økt farmakologisk sårbarhet og risiko for interaksjoner, bivirkninger og kontraindikasjoner.
43. Prinsippet *start low, go slow* bør følges med monoterapi som førstevalg. Ved utilstrekkelig effekt kan det vurderes sekvensiell introduksjon av nye legemidler under tett monitorering.
44. Ved epilepsi som komorbiditet bør medikamentvalg og dosering vurderes i tråd med pasientens nevrologiske og psykiatriske helhetsbilde.

Kapittel 7 Evaluering

45. Evaluering av målsettinger og respons på behandlingen bør skje jevnlig i veilednings- og evalueringsmøter med pasient og/eller nærmeste pårørende og tjenesteytere.
46. Evaluering av effekt av behandling bør basere seg på registreringer og/eller standardiserte kartleggingsverktøy.
47. Behandlingsplanen bør oppdateres ved endringer eller igangsettelse av nye behandlingstiltak.
48. Evaluering av veiledning og samarbeid mellom HAVO og aktuelle samarbeidsparter bør gjøres ved behov.
49. HAVO skal varsle relevante instanser dersom det blir vurdert at pasienten ikke mottar forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Evaluering av medikamentell behandling

50. Effekt og eventuelle bivirkninger av medikamentell behandling bør vurderes klinisk underveis og etter innhenting av opplysninger fra pasient, pårørende og tjenesteytere, eventuelt ved bruk av registreringer og/eller standardiserte kartlegginger.
51. Evaluering av initial effekt, videre dosering og eventuell opptrapping bør vurderes 2-6 uker etter oppstart og så videre etter avtale.
52. Nedtrapping og seponering bør vurderes i tydelig fravær av effekt.
53. Ved overføring av medisinsansvar til fastlege eller annen lege, bør det beskrives når og hvordan behandlingen skal evaluere, kriterier for justering/seponering og når henvisning til spesialisthelsetjenesten kan være aktuelt på nytt.

Kapittel 8 Avslutning og videre oppfølging

54. HAVO avslutter samarbeid og behandling når det vurderes at det ikke er behov for ytterligere bistand fra HAVO, eller at målene i behandlingsplanen er nådd tilfredsstillende.
55. HAVO skal skrive en avsluttende tverrfaglig epikrise. Epikrisen skal som hovedregel sendes til pasient / nærmeste pårørende, fastlege/henviser, samt annet helsepersonell som trenger opplysninger for å gi videre behandling og oppfølging.

3 ATFERD SOM UTFORDRER

Begrepene atferdsvansker, atferdsforstyrrelser, atferdsproblemer, bekymringsfull atferd, utfordrende atferd og atferd som utfordrer benyttes om hverandre i faglitteraturen. Skillene mellom de ulike begrepene er uklare. Basert på konsensus i arbeidsgruppen og hvordan begrepet brukes i NICE guideline (3) vil det i denne behandlingslinjen benyttes begrepet atferd som utfordrer i de videre kapitlene.

Atferd som utfordrer defineres på ulike måter. Definisjonen til Emerson & Einfeld (10) legges til grunn for denne behandlingslinjen:

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

3.1 Ulike former for atferd som utfordrer

Atferd som utfordrer kan forekomme i ulik grad, omfang og intensitet (11). Noen personer fremviser kun en form for atferd som utfordrer, mens andre fremviser flere (3). Atferd som utfordrer vil ofte påvirke relasjoner til andre mennesker og vil ofte føre til begrensninger, ekskludering og nedsatt livskvalitet for personen selv. Atferd som utfordrer kan føre til alvorlige skader på personen selv eller andre og være en stor belastning for personen selv og miljøet rundt personen (12).

Eksempler på atferder som ofte vil oppfattes som utfordrende av andre mennesker eller for personen selv er (3):

- Verbal eller fysisk aggressiv atferd som skriking og trusler rettet mot andre, truende kroppsspråk, slag, spark, skalling, kloring, klyping, 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-fordøyelige substanser.
- Verbal eller motorisk stereotyp atferd av en slik intensitet og karakter at det skader personen eller hemmer utvikling.
- Ekstrem vegring og motstand mot krav i dagliglivet og/eller tilbaketrekking og passivitet, herunder motsette seg nødvendig bistand.
- Sosial fornedring som å kle av seg, tisse og/eller ha avføring på uegnet sted, smøring og/eller spising av avføring.
- Problematiske og skadelige seksuelle atferd (PSA/SSA), for eksempel seksualisert språk som er ukritisk eller stigmatiserende i sosial kontakt med andre, seksuell trakassering, overgrep eller annen spontan/impulsiv eller selvskadende seksuell atferd.
- Kriminalitet som for eksempel ildspåsettelse (13), alvorlig personforfølgelse (stalking) eller alvorlige digitale krenkelser.

3.2 Sårbarhetsfaktorer for utvikling av atferd som utfordrer

Atferd som utfordrer kan oppstå plutselig eller utvikle seg over tid (3). Det kan være en rekke ulike biologiske, psykososiale og miljømessige årsaker og et komplekst samspill av faktorer som ligger til grunn for at atferd som utfordrer oppstår (3;10;12;14-22). Atferd som utfordrer kan være et symptom på at noe plager personen eller at situasjoner i miljøet er utfordrende for personen selv eller at det er en interaksjon mellom disse faktorene (12;19). Atferd som utfordrer kan være den måten personen best

klarer å uttrykke ønsker og behov på og kan være en effektiv, funksjonell kommunikasjonsmåte for personen. Atferd som utfordrer kan også være situasjonsbetinget og utløst av situasjonsfaktorer og årsaker, og behandling er ikke nødvendigvis knyttet til individuelle faktorer. Alle fagpersoner i HAVO bør være oppmerksom på individuelle, psykososiale og miljømessige sårbarhetsfaktorer som øker sjansen for atferd som utfordrer (3).

Individuelle forhold som øker sjansen for utvikling av atferd som utfordrer kan være

- grad av utviklingshemming
- tilleggsdiagnoser som autismespekterdiagnose, ADHD, epilepsi
- atferdsfenotype ved spesifikke syndromer
- somatisk sykdom (for eksempel allergier, mage/tarm plager, forstoppelse refluks, hormonell ubalanse)
- smerter og vansker med å uttrykke smerter
- søvnvansker, tretthet
- ekspressive- og/eller reseptive språk- og kommunikasjonsvansker
- psykiske lidelser
- sensoriske prosesseringsvansker som for eksempel overfølsomhet for lyder, synsinntrykk, berøring og lukt
- nedsatt impuls kontroll
- emosjonsreguleringsvansker (23)
- tilknytningsvansker
- spise- og ernæringsvansker
- syns- og hørselshemming
- problemer knyttet til seksualitet
- mobilitet- og forflytningsvansker
- medfødte eller ervervede alkohol- og/eller ruskskader
- aldring og demens

Psykososiale og miljømessige forhold som øker sjansen for utvikling av atferd som utfordrer, kan være

- bivirkninger av medisiner
- langvarig stress (24), belastninger, krav eller forventninger som overgår personens forutsetninger eller kapasitet
- undervurdering og/eller understimulering eller manglende tilrettelegging for stimulering og læring
- feil eller lite tilpassede hjelpebetingelser, for eksempel lite struktur
- uheldig samspill med omgivelsene (21)
- uforutsigbart og/eller restriktivt bo- og omsorgsmiljø
- mangel på påvirkningsmulighet, samt liten opplevelse av mestring og kontroll
- for mange kollektive løsninger, lite privatliv
- mangel på stabile relasjoner, udekte mellommenneskelige- og følelsesmessige behov, sosial isolasjon, ensomhet og sorg
- belastende livshendelser/traumer som seksuelle overgrep (25), mobbing, vold, mishandling og ulykker

- sorg/savn av personer, endrede botilbud, reduksjon i aktiviteter/tilbud osv.
- miljøer med mye støy
- for høyt eller lavt aktivitetsnivå
- store eller hyppige endringer i personens hverdag eller omsorgssituasjon (for eksempel omfattende personalskifter, mange ansatte)
- bruk av tvang og makt
- mangelfullt hjelpe- og tjenestetilbud (20)
- dårlig ivaretagelse av grunnleggende behov (kombinasjon av mange av forholdene over)

Ressurser

- Cooper, Heron & Heward (2020) Applied behavior analysis. Harlow, UK: Pearson Education.
- Emerson & Einfeld (2011). Challenging behavior. Cambridge.
- Holden, B. (2016) Utfordrende atferd og utviklingshemming - Atferdsanalytisk forståelse og behandling. Gyldendal.
- Matson (2019). Handbook of Intellectual Disabilities: Integrating Theory, Research, and practice. Springer.
- [Positiv atferdsstøtte- et rammeverk som forplikter, PDF \(aldringoghelse.no\)](#)
- Sturmey & Didden (2014) Evidence-based practice and intellectual disabilities. John Wiley and Sons Inc.

4 HENVISNING OG OPPSTART

Henviser bør vurdere hvilken informasjon om pasienten som er relevant i henvisningen som gir et best mulig vurderingsgrunnlag. Lokalt tjenesteapparat som kjenner pasienten, kan bidra med informasjon til henvisningen. Pasienten eller nærmeste pårørende skal ha fått informasjon om bakgrunnen for og hva henvisning innebærer og skal ha samtykket til henvisningen til spesialisthelsetjenesten (26).

4.1 Rett til nødvendig helsehjelp

Den utfordrende atferden må være av moderat eller alvorlig grad for at personen kan ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (27). Det er vanskelig å lage klare skiller mellom de ulike gradene som gir, eller ikke gir rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. HAVO må gjøre konkrete, individuelle faglige og skjønnsmessige vurderinger av den utfordrende atferden og retten til helsehjelp.

Prioriteringsveilederen for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten beskriver hvilke forhold retten til helsehjelp skal vurderes ut ifra, gir veiledende frister for start av helsehjelp, samt individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start av helsehjelpen (27).

Ved vansker knyttet til seksualitet, som i denne behandlingslinjen gis som eksempel på atferd som utfordrer, gjelder egne veiledende frister (27).

I henvisninger som beskriver atferd som utfordrer, hvor det er fare for vesentlig skade på seg selv eller andre og det vurderes vedtak om bruk av tvang og makt etter hol. kap. 9, skal HAVO bistå kommunen (28).

Ressurser

- [Henvisningsveileder \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- Prioriteringsveilederen: [Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

4.2 Samtykke og medvirkning

Alle pasienter har rett til å medvirke i gjennomføring av helsehjelp. Hvor mye den enkelte pasient kan involveres, er i stand til å samtykke, delta i samtaler og ta valg i utredningen og behandlingen, må vurderes i hvert enkelt tilfelle (29;30). Det skal gis tilpasset beslutningsstøtte til at pasienten skal kunne ta egne valg (31).

Pasientens samtykke til helsehjelp i HAVO må avklares ved oppstart av forløpet. Behandlingsansvarlig bør innledningsvis gjøre en klinisk vurdering av pasientens beslutningskompetanse dersom det er tvil om denne og det ikke fremkommer tydelig av henvisningen.

Det må tidlig avklares hvem som er pasientens nærmeste pårørende og som har rett til informasjon og medvirkning sammen med pasienten i utredningen og behandlingen dersom pasienten ikke kan ivareta egne interesser (30;31).

Ressurser

- [Aid to Capacity Evaluation \(ACE\), PDF \(uio.no\)](https://uio.no)
- [Hva når pasienten ikke kan ivareta egne interesser og behov? PDF \(helsetilsynet.no\)](https://helsetilsynet.no)
- [Beslutningsstøtte: Modeller og eksempler \(naku.no\)](https://naku.no)
- [Veileder til rammeverk for beslutningsstøtte, PDF \(utviklingssenter.no\)](https://utviklingssenter.no)

4.3 Innhenting av opplysninger

Behandlerne i HAVO bør før kontakt med pasient og andre instanser sette seg inn i henvisningsdokumentene og pasientens journal.

Det anbefales å gjennomføre samtale(r) med pårørende og/eller tjenesteytere som kjenner pasienten godt ved oppstart av forløpet og innhente informasjon om hvordan etablere en god relasjon til pasienten. Det må avklares med pasient / nærmeste pårørende om andre instanser skal delta på den første samtalen eller om det skal avholdes egne samtaler med disse. I tillegg må det Informeres om HAVO, hva bistand herfra innebærer og hva som er rammene for samarbeidet. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger (32).

Det må etableres samarbeid med involverte instanser i kommunen og innhentes tilstrekkelige opplysninger om pasienten fra pårørende, fagansvarlige personer og andre involverte instanser før helsehjelp gis (9;30;32). Personell, for eksempel i heldøgns bo- og tjenestetilbud skal gi informasjon og opplysninger om pasientens helsemessige forhold, om hvordan atferden håndteres og effekt av tidligere og nåværende behandlingstiltak (9). Det bør også innhentes informasjon om kartlegging og utredning som tidligere er gjort, for eksempel i habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) og om andre løsninger og forebyggende tiltak jf. hol. kap. 9 som har vært forsøkt. Det må også tidlig avklares om det er behov for å samarbeide med tolk (33).

Punktene under er forslag til tema som kan være aktuelle å avklare dersom dette ikke er belyst i henvisningen (26).

Avklaring av henvisningen

- Er pasienten / nærmeste pårørende kjent med bakgrunnen for og innholdet i henvisningen og hva er deres problemoppfatning?
- Hva er i denne sammenhengen viktig for pasienten?
- Hva er pasientens / nærmeste pårørendes og samarbeidende instansers forventinger, mål, ønsker og behov for informasjon, råd og veiledning?
- Har kommunen utført kartlegging av atferden og hvilke funn har de gjort?
- Har kommunen igangsatt behandlingstiltak knyttet til atferden og hvilken effekt har det gitt?

Innhenting av informasjon om personen og livssituasjon

- Personens diagnoser, medisinske opplysninger, generelle helsetilstand, eksempelvis søvn, ernæring, eliminasjon, siste undersøkelser osv.
- Funksjonsbeskrivelse, inklusiv kommunikasjonsform.
- Dersom personen bor med andre familiemedlemmer, bør HAVO spørre pårørende om eventuelle belastninger og om de utsettes for vold eller trusler (30).
- HAVO må avklare og dokumentere om det er mindreårige søsken i familien (4). HAVO må avklare hvordan de eventuelt påvirkes og om de er i fare for å bli utsatt for vold eller andre skadelige opplevelser eller er vitne til at andre utsettes for dette.
- Har personen vedtak om helse- og omsorgstjenester, hvilke tjenester og i hvilket omfang?
- Hvordan er personens hverdags- og fritidsaktiviteter?
- Nåværende eller tidligere tilbud fra andre tjenester?
- Har personen individuell plan og/eller koordinator, ansvarsgruppe eller er det ønske og behov for dette? (9;34).

Utdypning av problemstillingen

- Hvordan ser atferden ut? Har den nylig eller plutselig oppstått? Har atferden gradvis utviklet seg over tid? Er den situasjonsbestemt? Er det noen eventuelle forløpere eller tidlige tegn på atferden? Når skjer den ikke? Har personen fremvist andre utfordrende atferdsformer tidligere? Har atferden sammenheng med nylige endringer som sykdom, endringer i omgivelser og rammer, som for eksempel flytting?
- Er det mistanke om psykisk lidelse, nyoppstått eller forverring av kronisk psykisk lidelse?
- Kan atferden ha sammenheng med belastende livshendelser som tap i nære relasjoner eller traumer som ulykke, vold?
- Er det aspekter ved personens bakgrunn, etnisitet eller kultur som kan ha relevans i forbindelse med oppfatningen eller beskrivelsen av atferden? (3).
- Hvilke konsekvenser har atferden for personen, familie, miljø og arenaer rundt personen?
- Er det behov for umiddelbare tiltak? Se kapittel 4.4. Umiddelbare tiltak.

Vurderinger gjort knyttet til hol. kapittel 9

- Mottar personen helse- og omsorgstjenester må det innhentes informasjon fra disse tjenestene om vurderinger som er gjort knyttet til hol. kap. 9 (28). Avklar/innhent informasjon om det er besluttet bruk av tvang og makt jf. hol § 9-5 tredje ledd bokstav a. skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner, og om det er rutiner for å sende melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, statsforvalteren, verge og pårørende, eller på den måten som Statsforvalteren beslutter jf. hol. § 9-7, første ledd.

Avklaring av og samtykke til videre behandling

- HAVO må informere om videre behandlingsforløp, innhenting og utveksling av opplysninger med andre helse- og omsorgstjenester, samarbeid og avklare samtykke til videre utredning (4;6;29;31).
- HAVO skal innhente samtykke til innhenting og utveksling av informasjon med sektorer utenfor helsetjenesten (6).
- Der pasienten ikke har samtykkekompetanse må det avklares hvordan nærmeste pårørende kan medvirke sammen med pasienten i utredningen og behandlingen (29).
- Pasient / nærmeste pårørende må informeres om hvem som er koordinator/kontaktperson i HAVO dersom det er behov for dette (34;35).
- Det bør innhentes informasjon fra pasient, pårørende og tjenesteytere om det er hensyn som bør tas ved planlegging av utredning, eksempelvis tidspunkt på dagen det passer for samtaler, observasjoner eller lignende.

Ressurser

- [Hva er viktig for deg? \(ks.no\)](#)
- [Mitt sykehuspass \(aldringoghelse.no\)](#)
- [saannviljehadet.no](#)
- [Tolk i helsetjenesten – rett til informasjon på ditt språk \(helsenorge.no\)](#)

4.4 Umiddelbare tiltak

I de tilfellene hvor atferd som utfordrer kan medføre umiddelbar alvorlig skade på personen selv, andre personer eller materiell må det vurderes å igangsette tiltak raskt.

Igangsettelse av umiddelbare tiltak hører til kommunens ansvarsområder (5). Dette innebærer blant annet at kommunen bør bistå pasienten med å få en rask time hos fastlegen for en somatisk undersøkelse og innledende vurdering om eventuelt somatisk eller psykisk sykdom kan være årsak til atferden.

Det kan også være flere tiltak som raskt bør vurderes av HAVO:

- Somatisk undersøkelse, status presens og behov/justering av medisiner.
- Observere personen og innhente ytterligere informasjon om atferden som utfordrer.
- Utføre voldsrisikovurdering. Se kapittel 5.3.2 Vurdering av voldsrisiko.
- I samarbeid med kommunen gi veiledning til tjenesteytere og/eller pårørende i forebygging, deeskalering og selvregulering.
- I overensstemmelse med pasient / nærmeste pårørende informere kommunen om personens og eventuelt familiens situasjon og behov for oppfølging fra kommunen (4).
- Dersom mindreårige søsken utsettes eller eksponeres for vold eller andre skadelige opplevelser må det avklares om det foreligger opplysningsplikt til barneverntjenesten (4;36).
- Anbefale og bistå i samarbeidet om å utarbeide en krisehåndteringsplan/mestringsplan. Krisehåndteringsplanen/mestringsplanen bør klargjøre hvordan pårørende og tjenesteytere kan gjenkjenne varselsignaler/tidligtegn, håndtere atferden og hvem de kan kontakte hvis de trenger hjelp til å håndtere situasjonen.
- Henvise til andre instanser for utredning av tilstander som krever annen kompetanse, som for eksempel psykisk helsevern for voksne og vurdering av innleggelse i døgnpst.
- I samarbeid med kommunen vurdere om vilkårene for bruk av skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner er oppfylt, jf. hol. § 9-5, tredje ledd, bokstav a.

4.5 Planlegging av utredning

I oppstartsfasen bør det avholdes en intern drøfting i HAVO for å planlegge videre utredning og avklare hvilke fagpersoner i HAVO som skal delta i utredning av pasienten. Observasjoner av personen på aktuelle arenaer kan også gjøres i denne fasen for å kunne gjøre vurderinger av hvordan videre utredning skal gjennomføres.

I henvisninger der det beskrives et sammensatt utfordringsbilde og det er behov for utredning av tilstander som krever annen kompetanse, må det vurderes om det er behov for å samarbeide med og/eller henvise videre til andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Utredningsplan

Etter innhenting av tilstrekkelig informasjon bør HAVO utarbeide en skriftlig plan for utredningen. En plan for utredning gir en samlet oversikt over den planlagte innsatsen fra de ulike fagpersonene i HAVO. Planen kan være til hjelp for å koordinere behandlingstiltakene og gi pasienten og de involverte en oversikt. Planen kan for eksempel inneholde kort informasjon om henvisning og problemstilling, hvordan pasientens og/eller nærmestes medvirkning i utredningen ivaretas (37) og informasjon om behandlingsteamet til personen i HAVO (31;34;38). Planen sendes pasient og henviser/fastlege og etter dialog med pasient / nærmeste pårørende til andre aktuelle samarbeidsparter (4).

4.6 Registrering av koder

Kodeveileder for habilitering beskriver prinsipper for enhetlig registrering av konsultasjoner og andre aktiviteter innen habilitering. Hva behandler registrerer og koder baserer seg på faglige og kliniske vurderinger av den enkelte (39;40).

Ressurs

- Kodeveileder habilitering barn/unge og voksne. Revidert og oppdatert juli 2026.

5 KARTLEGGING OG UTREDNING

Hensikten med kartlegging og utredning er å identifisere eller danne hypoteser om sammenhenger mellom atferden som utfordrer og individuelle, psykososiale og/eller miljømessige faktorer som bidrar til at atferden forekommer, slik at riktig behandling kan iverksettes. Kartlegging og utredning er en dynamisk prosess da de ulike faktorene kan endre seg over tid (3). NICE guideline (3) anbefaler å gjøre det mest åpenbare først og så vurdere behovet for ytterligere utredning.

Kartlegging og utredning bør foregå ved hjelp av innhenting av informasjon fra ulike informanter, og på ulike måter som for eksempel ved samtaler, registreringer av atferden, observasjoner og bruk av standardiserte og validerte tester og utrednings- og kartleggingsverktøy der det finnes. Ved administrering og tolking av standardisert kartleggingsverktøy bør det gjøres av psykolog eller annen person med relevant opplæring/utdanning/sertifisering.

Teknologiske løsninger kan være et supplement i kartleggingsarbeidet og bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for behandling. Ved utfordrende atferd hos mennesker som ikke kan kommunisere entydig kan man ha nytte av å monitorere, for eksempel brukerens puls for slik å identifisere situasjoner som virker aktiverende eller stressende på personen (41). HAVO må sette seg inn i de juridiske og etiske følgene dette kan medføre.

Observasjoner av personen gjøres på ulike arenaer og intervju gjennomføres med pasienten selv eller ulike informanter som kjenner personen godt. Det kan også være aktuelt å ta opp videosekvenser av personen som grunnlag for drøfting i tverrfaglig team. Her gjelder bestemte regler og det kreves samtykke (42).

Observasjon, kartlegging og utredning av atferd som utfordrer er i de fleste tilfeller mest hensiktsmessig å gjøre ambulant på de arenaene atferden oppstår, men det kan også suppleres med undersøkelser poliklinisk (6).

Kartlegging og utredning av atferd som utfordrer krever samarbeid og ofte koordinering på tvers av nivåer og sektorer og gjøres i samarbeid med kommunale/fylkeskommunale/private samarbeidspartnere (5;6). Pasient / nærmeste pårørende har rett til å medvirke i utredningen (31).

5.1 Tverrfaglig utredning

HAVO bør vurdere om personens funksjonsvansker er godt nok utredet eller om det er behov for en ny eller oppdatert vurdering av pasientens kognitive nivå og bistand- og behandlingsbehov (19). Det er helsepersonellet som gjør faglige og etiske vurderinger av hvilke individuelle, psykososiale og miljømessige forhold som utredes og kartlegges. Hvor omfattende utredningen bør være, vurderes ut fra alvorlighetsgraden av atferden og kompleksiteten i hvert tilfelle jf. forsvarlighetskravet (4).

Det kan være behov for miljøterapeutisk, atferdsanalytisk, medisinsk, psykologisk, sosialfaglig og spesialpedagogisk kompetanse for å kartlegge og se på utfordringene fra flere perspektiv og få en helhetlig forståelse av pasientens behov (6).

Helsepersonell 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 de har tilstrekkelig kvalifikasjoner til å foreta undersøkelser og behandlinger, eller om det bør innhentes bistand eller samarbeides med annet kvalifisert personell (4).

5.2 Kartlegging og utredning av individuelle, psykososiale og miljømessige faktorer

Videre beskrives, i relativt tilfeldig rekkefølge, aktuelle områder og faktorer det kan være aktuelt å kartlegge.

5.2.1 Pasientens diagnoser

Informasjon om personens diagnoser bør innhentes for å inngå som en viktig del av informasjonsgrunnlaget. For eksempel kan atferdsmønstre fra underliggende genetiske tilstander og syndromer være medvirkende årsak til atferd som utfordrer (32). Ved flere syndromer er ulike former for atferd som utfordrer beskrevet (3).

Ressurser

- [Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser \(frambu.no\)](http://frambu.no)
- [Helsebiblioteket](http://helsebiblioteket.no)
- [Sykdommer \(helsenorge.no\)](http://sykdommer.helsenorge.no)
- [Sjeldne diagnoser \(helsenorge.no\)](http://sjeldne.helsenorge.no)
- Sjeldentelefonen: 800 41 710

5.2.2 Somatisk utredning

Somatisk sykdom, plager, smerter og bivirkninger av medisin kan helt eller delvis være årsak til atferd som utfordrer. Personer med utviklingshemming har økt forekomst av somatisk og psykisk sykdom (22) og kroniske helseutfordringer (5). Ved atferdsendring, enten nyoppstått eller tydelig forverring av kjent atferd i frekvens og/eller alvorlighetsgrad, er det viktig å tidlig undersøke om det kan være somatisk sykdom og/eller psykisk lidelse som er årsak til atferden. Se også kapittel 5.2.7 Psykiske lidelser.

Før henvisning til spesialisthelsetjenesten skal fastlegen gjøre en innledende vurdering (5;26;35). Utløsende årsak, for eksempel en urinveisinfeksjon, kan bli funnet og behandling kan bedre situasjonen. Der det fremkommer tydelige organsymptomer og det er behov for videre utredning i spesialisthelsetjenesten, henviser fastlegen direkte til aktuell avdeling.

Den somatiske utredningen fortsetter i videre samarbeid mellom fastlege og HAVO lege, som en del av den tverrfaglige utredningen, og bør inngå på et tidlig tidspunkt i utredningen (32). En bør tilstrebe en fysisk konsultasjon med klinisk undersøkelse. Hos pasienter som motsetter seg klinisk undersøkelse og blodprøvetagning kan legen allikevel få viktige diagnostiske holdepunkter, som eksempelvis hudfarge, vektutvikling og gangbilde, og eventuelt henvise til rett somatisk avdeling for videre utredning. Til legetimer i HAVO bør pasienten tilbys følge av en person som kjenner vedkommende godt. Andre fagpersoner i HAVO kan delta på konsultasjon der det vurderes som hensiktsmessig (5).

Det kan være krevende å avdekke, kartlegge og vurdere for eksempel smerte hos personer med utviklingshemming (43). De kan ha vansker med å formidle smerter og plager, eller uttrykke det på atypiske måter. Tilpasset beslutningsstøtteverktøy som symboler, kroppsplakat, smerteskala eller annen tilpasset kommunikasjon bør benyttes ved behov.

Aktuelle områder for somatisk utredning kan være

- generell somatisk undersøkelse inkludert BT/puls, undersøkelse av hjerte/lr/buk, nevrologisk undersøkelse, høyde og vekt
- naturlige funksjoner

- søvn og søvnvansker (12;44)
- spise- og ernæringsvansker (45), dysfagi, gastroøsofageal refluks, matlyst, over/undervekt, spising av ikke-fordøyelige substanser, matallergi/intoleranse
- avføring og vannlating; inkontinens, obstipasjon, diare og vannlating
- menstruasjonsforhold; premenstruelt syndrom, blødningsforstyrrelser og overgangsalder
- sanser; synsvansker, hørselsvansker og sensorisk svekkelse
- seksuelle vansker, kropps- og kjønnsidentitet
- smerte (44)
 - tannhelse
 - hodepine/migrene
 - skader som frakturer, hematomer
 - infeksjoner, for eksempel i ører, urinveier, negler og munnhule
 - testikkeltorsjon
- legemiddelgjennomgang; bivirkninger/interaksjoner av medisiner (46)
- tidligere kjente og nye sykdommer, for eksempel anfallsforverring ved epilepsi, stoffskiftesykdom eller delirium
- fysisk funksjon, motoriske følgetilstander, bevegelsesforstyrrelser, ortopediske problemstillinger, aktivitetsnivå, hjelpemidler til bevegelse, forflytning og posisjonering
- (fornyet) etiologisk utredning dersom det ikke foreligger årsaksdiagnose
- allergier
- hormonell status
- tap av ferdigheter, aldring og demens
- skadepotensialet atferden har på pasienten

Listen over er ikke uttømmende. Omfang av undersøkelser vurderes individuelt. Indikasjon for supplerende undersøkelser vurderes ut fra anamnese og funn.

Ved behov for utredning av uavklart somatiske tilstand hos pasient, henvises pasienten videre til relevant legespesialist. Samarbeid med somatiske avdelinger er nødvendig da undersøkelser ofte må gjøres i narkose (47).

Fordi personer med utviklingshemming har økt forekomst av somatisk sykdom (22) anbefales det at personer med utviklingshemming har helsekontroll hos fastlege minst en gang årlig, i tillegg ved behov, (3;5;22) og regelmessig oppfølging av tannhelse (5;48). Lokal tannlege vurderer om det er mulig å gjøre en tilfredsstillende undersøkelse av tannhelsen og eventuelt behandling og viderehenviser i sitt system ved behov for narkose.

Ressurser

- [Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus, PDF \(legeforeningen.no\)](#)
- [Top 70 list with most important disorders in relation to challenging behaviour \(somatiek.ccl.nl\)](#)

Avføring

- [Avføringsdagbok, PDF \(helse-stavanger.no\)](#)

Ernæring/spising

- [Skåringsverktøy for spiseforstyrrelser på norsk: PARDI \(helsebiblioteket.no\)](#)
- [Kartlegging av spising- Cerebral parese \(metodebok.no\)](#)

- [Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

Epilepsi

- [Epilepsibehandling \(metodebok.no\)](https://metodebok.no)
- [Anfallskalender ved epilepsi \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no)

Informasjonsmaterieill for helsekontroll av personer med utviklingshemming

- [Årlig helsekontroll \(aldringoghelse.no\)](https://aldringoghelse.no)
- [Forberedelser til en årlig helsekontroll hos fastlegen for personer med utviklingshemning \(aldringoghelse.no\)](https://aldringoghelse.no)

Legemidler

- [Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

Motorikk

- [Kartlegging av motorikk- Cerebral parese \(metodebok.no\)](https://metodebok.no)

Smerte og ubehag

- [Smertebehandling \(metodebok.no\)](https://metodebok.no)
- [Disability Distress Assessment Tool \(DisDAT\) \(aldringoghelse.no\)](https://aldringoghelse.no)
- [Kronisk smerteskala for non-verbale voksne med utviklingshemming \(CPS-NAID\) \(stiftelsenor.no\)](https://stiftelsenor.no)
- [MOBID-2 Smerteskala \(legeforeningen.no\)](https://legeforeningen.no)
- [ESAS symptomregistrering \(helse-bergen.no\)](https://helse-bergen.no)
- [r-FLACC \(revised-Face, Legs, Activity, Cry, Consolability\) \(ehandboken.ous-hf.no\)](https://ehandboken.ous-hf.no) 4-19 år
- [Smerter og smertekartlegging \(aldringoghelse.no\)](https://aldringoghelse.no)

Søvn

- [Søvn dagbok \(helse-bergen.no\)](https://helse-bergen.no)
- [Søvnkartleggingsskjemaer \(helse-bergen.no\)](https://helse-bergen.no)
- [Funksjonell kartlegging av søvn: Sleep Assessment and Treatment Tool \(norsk oversettelse\), PDF \(practicalfunctionalassessment.com\)](https://practicalfunctionalassessment.com)

Tannhelse

- [Faglige råd/helsefremmende og forebyggende tannhelsetiltak for voksne over 20 år \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

Tidlige tegn på funksjonsfall og sykdom

- [Skalaer og tester \(aldringoghelse.no\)](https://aldringoghelse.no)

5.2.3 Psykososialt miljø, rammebetingelser og kompetanse hos tjenesteytere

Miljø- og rammebetingelser, samt strukturelle og organisatoriske forhold kan erfaringsmessig ofte bidra til at atferd som utfordrer fremvises. Det bør derfor for eksempel kartlegges om personen

- 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
- har tilstrekkelig sosial kontakt, støtte og privatliv
- er i et miljø der samhandlingen med bruker er positiv og basert på respekt
- er i et miljø hvor man kan påvirke egen hverdag og hvor det legges til rette for medvirkning og valg
- er i et miljø uten mange triggere for atferd som utfordrer, 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 miljø eller om tilbudet/miljøet er preget av for mange kollektive rutiner og løsninger (15)
- går overens med andre personer i sine tilbud
- har et helse- og omsorgstilbud og/eller skole- og dagtilbud med stabile, kjente ansatte, der det er lite vikarbruk og lav *turnover*

Se også kapittel 3.2 for flere psykososiale og miljømessige forhold som kan være aktuelle å kartlegge.

Å skaffe seg en oversikt over tjenesteyternes erfaring, kompetanse og kapasitet til å gjennomføre behandlingstiltak kan være nyttig kunnskap før anbefaling og veiledning gis fra HAVO. En forventningsavklaring med tydelig kommunikasjon om roller og forventninger kan bidra til at veiledningstiltak har bedre effekt (49).

5.2.4 Språk- og kommunikasjon

Atferd som utfordrer har ofte sammenheng med kommunikasjonsvansker (50), både vansker med å uttrykke seg verbalt og forståelse av språk. HAVO skal ved behov tilby utredning av kommunikasjonsvansker og nivå og behov for alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK) (5;27).

Det er viktig å undersøke hvilke kommunikative ferdigheter personen har i sitt repertoar og om det er forsøkt å etablere alternative og mer hensiktsmessige kommunikasjonsformer med mål om å få frem pasientens intensjoner (51). Det bør vurderes om språkforståelse, talespråk og kommunikasjonsnivå er tilstrekkelig kartlagt og lagt til rette for. Det finnes få tester for utredning av språkvansker hos voksne. Eventuelt kan tester med normer for barn benyttes for å få inntrykk av styrker og utfordringer ved språkforståelsen og talespråket eller aldersekvivalenter.

Det kan også være viktig å innhente informasjon for eksempel om eller hvordan personen ber om ulike ting og aktiviteter, oppmerksomhet, pause eller om å avslutte aktiviteter, om det gjøres verbalt eller non-verbalt og om kommunikasjonen anses som funksjonell for personen (52).

Språkmiljøet bør undersøkes med tanke på om nærpersoner forstår pasientens kommunikasjon tilstrekkelig og hva som kreves for at de skal være gode kommunikasjonspartnere. I tillegg kan det være relevant å gjøre en vurdering av blant annet kognisjon, motorikk, syn og hørsel, da disse faktorene også vil ha betydning for kommunikasjon. Ved behov for ASK bør det også gjøres en vurdering av hvilke kommunikasjonsformer som egner seg for den enkelte, kompleksitet, betjening og bruksområder.

Utredning av kommunikasjonsvansker og behov for ASK foregår ofte i et samarbeid med andre instanser, som for eksempel voksenopplæring, Statped og NAV hjelpemiddelsentral (53). Det bør vurderes om også eldre med utviklingshemming som ikke tidligere er utredet med behov for ASK, bør tilbys slik utredning.

Ressurser**Kartlegging av grunnleggende språk- og læreferdigheter**

- [Adaptive Behavior Assessment System \(ABAS\) \(hogrefe.no\)](http://hogrefe.no)
- [Assessment of Basic Language and Learning Skills-Revised \(ABLLS-R\) \(partingtonbehavioranalyst.com\)](http://partingtonbehavioranalyst.com)
- [Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement \(VB-MAPP\) \(marksundberg.com\)](http://marksundberg.com)

Kommunikasjonskartlegging

- [CDI: Foreldrerapport for kommunikatív utvikling - Institutt for lingvistiske og nordiske studier \(uio.no\)](http://uio.no)
- [Communication function classification system \(CFCS\), PDF \(siv.no\)](http://siv.no)
- [Dimensions of Communication, PDF \(nationaldb.org\)](http://nationaldb.org)
- Grovkartlegging av kommunikasjon (kartleggingsbanken SOR)
- [Inventory of Potential Communicative Acts \(IPCA\) \(statped.no\)](http://statped.no)
- [Kartlegging av kommunikative forutsetninger og behov i personens miljø - Til bruk ved overganger, PDF \(kunnskapsbanken.net\)](http://kunnskapsbanken.net)
- [Skema til Vurdering af Kommunikation og Sprog \(hogrefe.no\)](http://hogrefe.no)
- [Pragmatisk profil af dagligdags kommunikationsfærdigheder \(tavsgruppen.dk\)](http://tavsgruppen.dk)
- [Social networks \(statped.no\)](http://statped.no)

Språktester

- [Boston Naming Test-Second Edition \(hogrefe.no\)](http://hogrefe.no)
- [C-BiLLT – Computer-Based instrument for Low motor Language Testing \(c-billt.com\)](http://c-billt.com)
- [CELF-4 \(pearsonclinical.no\)](http://pearsonclinical.no)
- [D-KEFS \(pearsonclinical.no\)](http://pearsonclinical.no) Verbal flyt
- Peabody Picture Vocabulary Test-4 (PPVT-4)
- [The New Reynell Developmental Language Scales \(NRDLS\) \(hogrefe.no\)](http://hogrefe.no)
- [TROG-2 \(pearsonclinical.no\)](http://pearsonclinical.no)

ASK

- [Kommunikasjon \(ASK\) \(kunnskapsbanken.net\)](http://kunnskapsbanken.net)

5.2.5 Adaptive ferdigheter og bistandsbehov

Kartlegging av adaptive ferdigheter kan bidra til å vurdere både behov for hjelp og tilrettelegging, og om krav, forventninger og støtte fra omgivelsene er tilpasset personens funksjonsnivå. Dersom det for eksempel stilles for høye krav til personen over tid vil det kunne være belastende og kan ha sammenheng med forverring eller endring i atferd (54). Erfaring viser også at for lave krav, manglende forventninger om deltakelse, eller utilstrekkelig støtte til å delta i aktiviteter kan føre til atferd som utfordrer. Adaptive ferdigheter kan påvirkes av miljøfaktorer og kan derfor endre seg over tid. Ved behov bør derfor personens ferdigheter i dagliglivet kartlegges.

Ressurser**Vurdering av adaptiv funksjon**

- Adaptive Behavior Assessment System, Third edition (ABAS-3)
- Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)
- Vineland Adaptive Behavior Scales-3

5.2.6 Diagnostisk vurdering

Det bør vurderes om det er behov for en ny diagnostisk vurdering av pasienten, eller en gradering av utviklingshemming (55). For eksempel kan en uoppdaget nevroutviklingstilstand som autisme og/eller ADHD/ADD bidra til at personen ikke blir godt nok forstått og ikke har fått riktig eller tilstrekkelig tilrettelegging (56).

Psykolog eller lege bør også vurdere hvilken diagnose på fjerdetegnsnivå, «F7X .1 Betydelig atferdsproblemer som krever oppmerksomhet eller behandling» eller «F7X. 8 Annen angivelse av atferdsproblem» som skal settes sammen med utviklingshemmingsdiagnosen (57).

Ressurser

- [The Diagnostic Interview for ADHD in Adults with Intellectual Disability \(DIVA-5-ID\) \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no)
- [Behavior Rating Inventory og Executive Function- Adult version \(BRIEF-A\) \(hogrefe.no\)](https://hogrefe.no)
- [Regional retningslinje for utredning og diagnostisering av autismspekterforstyrrelser hos barn, unge og voksne \(helsebiblioteket.no\)](https://helsebiblioteket.no)

5.2.7 Psykiske lidelser

Personer med utviklingshemming har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser (22). De vanligste er angst og depresjon (58).

Økt fysiologisk beredskap ses ved både stress og engstelse/angst hos alle mennesker og vil ofte være det enklest observerbare symptomet ved de fleste psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming, uansett grad. Hos personer med utviklingshemming kan også symptomer på psykiske lidelser fremstå på en atypisk måte og gi seg utslag i form av atferd som utfordrer (19;22;59). For eksempel kan angst og depresjon vise seg som passivitet og unngåelse (60). Posttraumatisk stresslidelse (PTSD), angst og depresjon kan også vise seg som aggressiv og/eller irritabel atferd. Bipolar lidelse og psykoselidelse/schizofreni 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 til at psykiske lidelser blir oversett og at personen ikke får den psykiske helsehjelpen det er behov for.

Utredning og behandling av psykiske lidelser

Dersom det er grunn til å anta at atferden som utfordrer er et symptom på en psykisk lidelse må dette utredes og behandles. Erfaringsmessig vil det ofte være behov for både tilpassede pasientforløp og individuelt tilpasset behandling (61). Personer med utviklingshemming og samtidig psykisk lidelse utredes og behandles for dette både i psykisk helsevern og i HAVO. Ansvarsdeling og samarbeid omtales i prioriteringsveilederne for habilitering voksne og psykisk helsevern for voksne, samt i regionale fagplaner for habilitering og for psykisk helsevern i Helse Sør-Øst (1;27;62-64).

Utredning og behandling av pasienter med utviklingshemming og psykiske lidelser vil ofte kreve samarbeid på tvers av fagområder og spesialiteter og det trengs kompetanse både fra habilitering og psykisk helsevern (62). Det vil derfor ofte være formålstjenlig med et samarbeid mellom psykisk helsevern og habiliteringstjenesten (27).

Dersom pasienter er under behandling ved HAVO hvor det er behov for å henvise til eller opprette et samarbeid med psykisk helsevern, kan det vurderes å gjøre en innledende, begrenset utredning av mulig psykisk lidelse i HAVO før man eventuelt henviser. Dette kan gi en mer velfundert henvisning til psykisk helsevern.

På indikasjon og ved kartlegging og utredning av psykiske lidelser anbefales det å bruke ulike standardiserte kartleggingsverktøy og flere informanter. Verktøy utviklet for personer med utviklingshemming og/eller autisme bør benyttes og kombineres med konvensjonelle diagnostiske utredningsverktøy (65).

Vurdering av suicidalitet

Suicidalitet kan forekomme også hos personer med utviklingshemming (66). Dersom pasienten kommer med sucidale utsagn og/eller fremviser suicidal atferd, må det tas vurdering av psykolog eller lege i HAVO eller søkes hjelp/samarbeid med psykisk helsevern (67).

Ressurser

- [Tilgang til psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming- En rapport med anbefalinger \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no)

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

- Aberrant Behavior Checklist-2 (ABC-2)
- Developmental behavior checklist-Adult version (DBC-A)
- Psychopathology in Autism Checklist (PAC)¹
- [PAS-ADD \(aldringoghelse.no\)](https://www.aldringoghelse.no)
- REISS Screen
- DASH-II
- DM-ID 2 (tilpassede diagnosekriterier for personer med PU - DSM-IV)
- DC-LD (tilpassede diagnosekriterier for personer med PU - ICD-10)

Generelle verktøy for diagnostisering av psykiske lidelser

- M.I.N.I.
- SCID
- PANSS

Kompetansetjenester med informasjon om ressurser

- [Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse \(NKUP\) \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no)

Nettverk

- [Fagnettverk NKUP \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no)

Europeisk retningslinje for diagnostisering av psykiske lidelser hos voksne med utviklingshemming

- [The European guideline on the assessment and diagnosis of psychiatric disorders in adults with intellectual disabilities \(sciencedirect.com\)](https://www.sciencedirect.com)

5.2.8 Belastende livshendelser

Informasjon om belastende livshendelser og traumer som personen opplever, eller har opplevd, bør innhentes da personer med utviklingshemming er mer utsatt enn andre for mobbing, ulike skader, fysisk og psykisk vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt (3). Å fremvise atferd som utfordrer kan i seg selv også være en risikofaktor for å bli utsatt for ulike overgrep (18;22). Personer med utviklingshemming som har blitt utsatt for overgrep har ofte en økt forekomst av ulike former for atferd som utfordrer etter hendelsene (68). Også tap av nærpersoener kan føre til sorgreaksjoner og være en belastende livshendelse.

Aktuelle instanser må varsles dersom det er mistanke om at personen utsettes for vold eller overgrep (4).

¹ Kontaktperson for PAC: Arvid.Nikolai.Kildahl@ous-hf.no

Ressurser**Kartlegging av traumer/belastende livshendelser**

- The Lancaster and Northgate trauma Scales-Intellectual Disabilities (Oversatt til norsk)²
- Trauma Information Form (Oversatt til norsk)³
- Kartlegging av traumatiske erfaringer og symptomer (KATES-2) Selvrappoterings (7-17 år), PDF (nkvts.no). Kan benyttes for voksne
- Kartlegging av belastende livshendelser (KBL), PDF (nkvts.no)

Kompetansetjenester med informasjon om ressurser

- Veiledere og ressurser i arbeidet med å forebygge vold og overgrep (naku.no)
- En veileder om vold i nære relasjoner (nkvts.no)
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (nkvts.no)
- Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Øst - RVTS Øst (rvtsost.no)
- TryggEst vern for risikoutsatte voksne (bufdir.no)

Retningslinjer

- Retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne personer med utviklingshemming (bufdir.no)

5.2.9 Emosjonell utvikling

Personer med utviklingshemming som har tilleggsvansker som psykisk lidelse og/eller atferd som utfordrer, kan ha et betydelig sprik mellom emosjonell modenhet og kognitiv/adaptiv fungering (69;70). Det betyr at emosjonell modenhet og personens uttrykk og regulering av for eksempel fortvilelse, frustrasjon eller sinne kan være på et langt lavere nivå enn både kronologiske alder og nivå av utviklingshemming skulle tilsi. Ved å kartlegge personens emosjonelle utvikling kan man få en bedre forståelse av den utfordrende atferden som fremvises, personens behov og hvordan møte dette i pasientens miljø, samt få informasjon som kan ha betydning for valg av behandling (23;69-76).

Ressurser

- Emotional development. Description of phases and corresponding guidance style, PDF (a.storyblok.com)
- Skala for Evaluering av Emosjonell Utvikling -2, (SEED-2) (hogrefe.no)

E-læring

- Seed 2 - skala for evaluering av emosjonell utvikling (frambu.no)

5.2.10 Sensoriske prosesseringsvansker

Kartlegging av personens sensoriske profil vil kunne gi informasjon om hvilke sanseinntrykk personen oppsøker, unngår eller er spesielt følsom for og er viktig informasjon å ha for å kunne tilrettelegge miljø og aktiviteter til personens behov og forutsetninger (5).

Ressurser**Sensorisk profil**

- Sensory Profile Adolescent/Adult (pearsonclinical.no)

² Kan fås tilsendt ved å kontakte Arvid Nikolai Kildahl på uxarvk@ous-hf.no.

³ Kan fås tilsendt ved å kontakte Arvid Nikolai Kildahl på uxarvk@ous-hf.no.

5.2.11 Verdier, interesser og preferanser

I utforming av opplærings- og behandlingstiltak bør det tas utgangspunkt i personens ressurser, verdier, interesser og preferanser. Kartlegging av hva som er foretrukne og meningsfulle aktiviteter for den det gjelder kan gjøres i form av for eksempel intervjuer med personen, pårørende eller tjenesteytere, ved bruk av sjekklister, observasjoner eller ved mer systematisk utprøving som parvis eller multippel forsterkerkartlegging (77). Når man har funnet ulike ting og aktiviteter personen liker, kan man teste ut hvilke som kan inngå i opplæring og behandling for å berike personens miljø og fremme og forsterke mer hensiktsmessig, adaptiv atferd (77).

Ressurser

Preferanse- og forsterkerkartlegging

- [Multifunksjonshemming – interessekartlegging \(Statped.no\)](#)
- [Interessekartleggingsskjema for læring og trivsel \(Statped.no\)](#)
- [Autism Good Feeling Questionnaire \(petervermulen.be\)](#) (norsk oversettelse)
- Reinforcer Assessment for Individuals with severe Disabilities (RAISD)
- [Standardisert liste til preferansekartlegging \(78\)](#)

5.2.12 Livskvalitet

Atferd som utfordrer kan føre til funksjonsvansker på flere områder og dermed redusere livskvaliteten hos personen (79;80). Også motsatt kan nedsatt livskvalitet ved for eksempel mangel på meningsfulle aktiviteter og fellesskap, eller for dårlige boforhold og tilrettelagte omgivelser, bidra til atferd som utfordrer.

Kartlegging av pasientens livskvalitet kan gjøres i form av samtaler med personen selv, pårørende eller tjenesteytere som kjenner pasienten godt, og/eller ved bruk av standardiserte kartleggingsverktøy. Det er viktig å ta utgangspunkt i personen selv når en skal vurdere livskvalitet og hva som er livskvalitet for denne personen (81). Livskvalitet er et behandlingsmål i seg selv, men kan også brukes som en indikator på behandlingseffekt.

Ressurser

Standardiserte verktøy for måling av livskvalitet

- Five ways of wellbeing
- Life Experiences Checklist
- [Personal Wellbeing Index-Intellectual Disability \(Norsk\), PDF \(acqol.com.au\)](#)
- Quality of Life Questionnaire
- [Quality of life in late-stage Dementia \(QUALID\) \(helsebiblioteket.no\)](#)

Nettbasert kurs

- [Livskvalitet \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

5.2.13 Seksuell helse

Personer med utviklingshemming kan ha lavere seksualkunnskap enn jevnaldrende (82-85). I tillegg ønsker mange seg kjæreste, noe som kan gi økt sårbarhet for å navigere rundt i sosiale og seksuelle relasjoner (86;87).

Dersom det er indikasjon på at den utfordrende atferden er knyttet til seksualitet kan det være aktuelt å innhente informasjon om personen har et seksualvennlig miljø og å kartlegge personens kunnskap om

kropp og seksualitet, for å få informasjon om hvilken tilrettelegging og/eller opplæring vedkommende er i behov av.

PLISSIT-modellen illustrerer ulike nivåer i fagpersoners møte med seksuelle problemstillinger, ansvarfordeling av sexologisk arbeid og krav til kompetanse.

Ressurser

Kartleggingsverktøy av kunnskap om kropp, pubertet, seksualitet og grenser

- [Kartleggingsverktøyene KroppKunn og SexKunn \(naku.no\)](http://naku.no)
- [Håndtering av sunn, bekymringsfull og skadelig seksuell atferd \(seksuellatferd.no\)](http://seksuellatferd.no)

Nettverk for fagpersoner i HABU og HAVO i Helse Sør-Øst

- [Funksjonsnedsettelse, seksualitet og samliv \(nfss.no\)](http://nfss.no)

Plissit – sexologisk rådgivningsmodell

- [PLISSIT- Sexologisk rådgivningsmodell \(naku.no\)](http://naku.no)

5.2.14 Problematisk eller skadelig seksuell atferd

Personer med utviklingshemming er mer utsatt for skadelig seksuell atferd (88;89) og kan også utøve problematisk- og/eller skadelig seksuell atferd (PSA/SSA) mot andre, blant annet grunnet manglende kompetanse på egen seksualitet, normer og grenser (25;90). PSA/SSA på digitale flater (TA-SSA) er en økende utfordring.

Dersom personen fremviser PSA/SSA/TA-SSA bør det utføres en systematisk kartlegging av denne atferden. Ulike verktøy kan benyttes for å vurdere alvorlighetsgrad av atferden og risikofaktorer for gjentakelse. Verktøyene kan identifisere risikofaktorer, beskyttende faktorer og synliggjøre styrker og bekymringer rundt fungering på ulike livsområder.

Ressurser

Verktøy for kartlegging av problematisk eller skadelig seksuell atferd

- [Assessment of Risk and management for individuals with developmental and intellectual limitations who offend sexually \(Armidilo-S\), PDF \(stolav.no\)](http://stolav.no)
- [Assessment, Intervention and Moving on- 3 \(AIM3\)](http://seksuellatferd.no)
- [Trafikklyset \(seksuellatferd.no\)](http://seksuellatferd.no)
- [Protective and risk observations for Eliminating Sexual Offence Recidivism \(PROFESOR\). 12-25 år. PROFESOR - Ressurscenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoedsførebbygging \(rvtsvest.no\)](http://rvtsvest.no)
- [Risikovurdering seksualisert vold \(SVR-20\) \(sifer.no\)](http://sifer.no)

Opplæringsmanual og e-læring om SSA/PSA

- [Skoleveileder og e-læring \(seksuellatferd.no\)](http://seksuellatferd.no)

Forebygging, varsling og oppfølging ved seksuelle overgrep og/eller vold

- [Avvergingsplikten \(pliktno.no\)](http://pliktno.no)
- [Retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemming, PDF \(bufdir.no\)](http://bufdir.no)
- [SUMO rapport, PDF \(naku.no\)](http://naku.no)

5.2.15 Aldring og demens

Demens kan vise seg for eksempel som aggresjon, uro, irritabilitet og vansker med affektregulering, og kan være en faktor som øker risikoen for utvikling av atferd som utfordrer (3;91;92). Tidlige tegn på demenssykdom kan omfatte funksjonsfall, endret atferd, generell tretthet, interesseløshet og nye kognitive vansker. Tegnene utvikler seg ofte gradvis og kan være vanskelig å fange opp (92).

For personer med utviklingshemming er det kjent at normal aldring ofte inntreffer tidligere enn i den generelle befolkningen (93). Når det gjelder demens, er for eksempel personer med Down syndrom spesielt utsatt for å utvikle dette (94;95). Ved indikasjon er det derfor viktig å undersøke om den endrede atferden kan skyldes demens eller er et resultat av normal aldring. Der det er mulig bør utredningen ta utgangspunkt i personens funksjonsnivå før symptomene oppstod (92).

Ved utredning av demens bør Nasjonal faglig retningslinje om demens følges (91).

Ressurser

- [Skalaer og tester \(aldringoghelse.no\)](http://aldringoghelse.no)
- [Utviklingshemning og aldring \(aldringoghelse.no\)](http://aldringoghelse.no)
- [Verktøykasse demens \(aldringoghelse.no\)](http://aldringoghelse.no)
- [Demens og autisme \(aldringoghelse.no\)](http://aldringoghelse.no)
- [Når helsen svikter hos eldre personer med utviklingshemming \(naku.no\)](http://naku.no)

E-læringskurs

- [Aldring, eldrehelse og utviklingshemning \(aldringoghelse.no\)](http://aldringoghelse.no)

5.2.16 Rusavhengighet

Det er beskrevet ulike risikofaktorer for å utvikle rusproblemer hos personer med utviklingshemming. Personer med lett utviklingshemming har større risiko sammenliknet med de med mer alvorlige grader av utviklingshemming. Personer med utviklingshemming kan utvikle rusproblemer ved bruk av mindre mengder rusmidler enn andre og slik utvikle en avhengighet raskere (96).

Ved rusmiddelbruk eller rusavhengighet kan endring i atferd eller uvanlig atferd ses (96). Kartlegging av rusmiddelbruk bør derfor på indikasjon inngå i en bredere utredning av atferd som utfordrer.

Det finnes få kartleggingsverktøy som er validert for personer med utviklingshemming, men for eksempel kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT kan brukes med tilpasninger (96).

Ved mistanke om rusavhengighet bør det drøftes med, eller henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (97). Utredning av rusmiddelavhengighet hos personer med utviklingshemming krever tilpasninger (96).

Ressurser

- [Fakta om rusmidler \(oslo-universitetssykehus.no\)](http://oslo-universitetssykehus.no)
- [Rusbehandling \(TSB\) \(helsedirektoratet.no\)](http://helsedirektoratet.no)
- [Rus: Forskning \(naku.no\)](http://naku.no)
- [Utviklingshemming og rusformidling \(lettomrus.no\)](http://lettomrus.no)

Screeninger for rusmisbruk

- [Alcohol Use Disorder Identification Test \(AUDIT\) \(korus.no\)](http://korus.no)
- [Drug Use Disorder Identification Test \(DUDIT\) \(korus.no\)](http://korus.no)

5.3 Beskrivelse og kartlegging av atferd som utfordrer

Det bør lages en beskrivelse av den utfordrende atferden. Omfanget bør registreres og kartlegges til man har en tilstrekkelig god oversikt (baseline) over for eksempel forekomst, variasjon og alvorlighetsgrad (28). Formålet med å registrere atferden er å kunne danne hypoteser om hvorfor atferden fremvises, predikere fremtidig forekomst av atferden og forebygge at den fremvises og for å danne grunnlag for evaluering av behandling (77). Kartleggingene bør gjøres så enkle som mulige og eventuelt gjøres stegvis.

Beskrivelser av atferd som utfordrer kan inneholde informasjon om

- hvordan atferden ser ut
- eventuelle forløpere eller tidlige tegn på atferden som for eksempel å skrike, gå mot personale, komme med verbale trusler eller kaste eller ødelegge gjenstander/inventar
- hvor effektiv atferden er, og hvilke reaksjoner den gir
- skadevirkninger den gir (alvorlighet/farlighet, vesentlig skade?)
- hvordan atferden påvirker daglig funksjon, deltakelse og livskvalitet
- eventuelle variasjoner og trender, for eksempel døgnvariasjoner, ulike ukedager, arenaer, hvem personen er sammen med mv.

Atferden bør beskrives så presist at de som skal registrere den klarer å skille mellom forekomster og ikke-forekomster (98). Registreringer kan gjøres for eksempel av

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

Tjenesteytere og eventuelt pårørende bør involveres i kartleggingen ved å utføre registreringer. Veiledning i og samkjøring av registreringer kan være nødvendig (99). Det bør tas hensyn til at det for pårørende kan være følelsesmessig vanskelig å beskrive og kartlegge atferden.

Man må være bevisst at observasjon og registrering av atferd kan føre til midlertidige endringer i atferden (reaktivitet), spesielt dersom personen (pasient, tjenesteytere/pårørende) er klar over årsaken til observasjonen/registreringen (77).

Målinger fra standardisert kartlegging kan også vurderes og benyttes og gjentas etter oppstart av behandling for å monitorere og vurdere effekt av disse, for eksempel ved bruk av Aberrant Behavior Checklist-2 (3;100).

Ved atferd som kan føre til umiddelbare personskader, som alvorlig selvskading eller aggresjon rettet mot andre, kan det igangsettes skadeavvergende tiltak uten å foreta noen kartlegging og utredning først. Kartlegging og utredning må da gjennomføres senere (28).

Ressurser

Kartlegging

- [Kommunikasjon og atferd \(stiftelsen.no\)](http://stiftelsen.no)
- Aberrant Behavior Checklist-2 (ABC-2)

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.

5.3.1 Funksjonell kartlegging og analyse

Det bør gjennomføres funksjonell kartlegging eller analyse av atferden som utfordrer for å kunne danne hypoteser om utløsende og opprettholdende faktorer av atferden og utvikle effektive behandlingstiltak.

Den funksjonelle analysen kan hjelpe klinikerer til å se situasjonen fra pasientens perspektiv. Det er også viktig å etablere en felles forståelse med pårørende/tjenesteytere om atferden, hvordan tidlige tegn eller forløpere til atferden arter seg, mulig(e) funksjon(er) og hvordan atferden sannsynligvis opprettholdes (3).

Funksjonelle kartlegginger er en systematisk prosess hvor man forsøker å analysere under hvilke betingelser atferden forekommer, og man danner hypoteser om hvilke ulike miljømessige hendelser som kan utløse og forsterke atferden (19;28;77). Målet er å identifisere de faktorene som øker sannsynligheten for at atferden vil forekomme igjen og utvikle individuelle funksjonsbaserte behandlingstiltak som tar sikte på å endre disse faktorene (14;16). Det kan være å endre:

- foranledninger eller «triggere» som er forbundet med atferden
- motivasjonelle forhold som antas å øke eller redusere sjansen for atferd som utfordrer
- hvor mye hjelp og støtte personen får i den utfordrende situasjonen
- hvilke reaksjoner eller andre endringer som atferden leder til for personen, dvs. hvordan atferden virker på miljøet

Å vurdere og benytte resultatene fra funksjonell kartlegging til utforming av behandling krever atferdsanalytisk kompetanse.

Funksjonell kartlegging kan gjennomføres på flere måter, for eksempel ved:

- Intervjuer med pårørende/tjenesteytere og om mulig med personen selv (77).
- Registreringer av foranledning, atferd og konsekvenser for å identifisere mønstre i atferden.
- Systematiske, direkte observasjoner av atferden i naturlige settinger som gjør det mulig å identifisere de spesifikke hendelsene som foregår før, under og etter atferden.

Opplæring og veiledning av tjenesteytere i bruk av ulike verktøy for funksjonell analyse kan være nødvendig (99;101).

Mulige funksjoner av atferd som utfordrer kan være oppmerksomhet, tilgang til materielle goder eller aktiviteter, flukt/unngåelse og/eller sensorisk stimulering. Informasjon om atferdens funksjon må også forstås i lys av annen tilgjengelig informasjon og resultater fra utredningen.

Fordi funksjonen av atferd kan endre seg over tid (3) og på tvers av situasjoner kan funksjonelle kartlegginger gjøres flere ganger (102;103).

Den utfordrende atferden kan ha ulik funksjon i ulike situasjoner, slik at det kan være utfordrende å se sammenhengene. Det er viktig å forstå atferden både ut ifra et psykologisk, biomedisinsk, fysisk og

psykososialt perspektiv. De ulike perspektivene kan inkluderes i en utvidet kartlegging, for eksempel en multimodal funksjonell kartlegging (102;103).

Det er mulig, etter grundige faglige og etiske overveielser, å utføre mer eksperimentelle funksjonelle analyser for å teste hypotesene om atferdens funksjon under mer kontrollerte betingelser (104). Slike analyser kan gjøres for eksempel ved forekomst på tidligtegn på den utfordrende atferden (105-108). Bruk av eksperimentelle analyser krever spesifikk kompetanse og brukes sjelden i kliniske situasjoner i Norge (101;109;110).

Ressurser

Intervju og kartleggingsskjema

- [Funksjonell Analyse Intervju \(FAI\), PDF \(statsforvalteren.no\)](#)
- [Motivation Assessment Scale \(MAS\) \(stiftelsensor.no\)](#)
- Functional Analysis Screening Tools (FAST)
- Questions About Behavioral Function (QAFB)
- [ABC/FAK-skjema – registrering av atferd, foranledning og konsekvens \(stiftelsensor.no\)](#)
- [Scatterplot \(stiftelsensor.no\)](#)
- Contextual Assessment Inventory (CAI)

E-læring

- [Verdier, personsentrert omsorg og funksjonelle analyser i tjenester til personer med utviklingshemming \(aldringoghelse.no\)](#)

Bøker og artikler

- Cooper, Heron & Heward, (2020). Applied behavior analysis. Harlow, UK: Pearson Education.
- Holden, B., (2013). Funksjonelle analyser av problematferd. En introduksjon. Norsk tidsskrift for atferdsanalyse, 40(2) 121-132.

5.3.2 Vurdering av voldsrisiko

Enkelte personer fremviser så alvorlig atferd at det kan være fare for personens egen- eller andres sikkerhet. Det bør da avveies om det skal utføres en systematisk voldsrisikovurdering (28;111). Vurderingen baserer seg på klinisk kompetanse og kunnskap og erfaring med personen det gjelder. Vurderingen bør omfatte både individuelle- og miljømessige forhold.

En voldsrisikovurdering er en utredning av individuelle, samspillsmessige og sosiale faktorer som er forbundet med økt risiko for vold hos den enkelte, der hensikten er å forebygge farlige voldshandlinger (111).

Vurdering av voldsrisiko kan gjøres på ulike måter, avhengig av situasjonen. I enkelte tilfeller vil det være et raskt behov for omfattende kartlegginger. I andre situasjoner vil voldsrisikovurderingen foregå i flere trinn, hvor man ut ifra opplysninger i henvisning, journal og fra samtale med personer rundt pasienten vurderer om det er behov for å gjøre en screening og eventuelt en mer omfattende, tverrfaglig, strukturert kartlegging.

En voldsrisikovurdering kan gjøres relativt raskt, kortsiktig og avgrenset til enkeltsituasjoner, for eksempel kartlegging med Brøset Violence Checklist (BVC). BVC kan benyttes med pasient og/eller av tjenesteytere eller av pårørende dersom pasienten bor sammen med andre familiemedlemmer og kan hjelpe til å forutse og redusere episoder (112).

De mer omfattende, strukturerte, kliniske vurderingene av voldsrisiko, som for eksempel HCR-20 og Armidilo-S, foretas i et tverrfaglig samarbeid mellom fagpersoner som har opplæring og er kvalifisert i bruk av aktuelle kartleggingsinstrumenter og vurderinger av resultatene (111). Innhenting av informasjon gjøres gjerne i samarbeid med kommunen. Vurderingene kan gjøres flere ganger, for eksempel for å se på endringer over tid og effekt av behandling (28). Dersom en voldsriskovurdering viser alvorlig risiko, bør umiddelbare tiltak iverksettes. Se kapittel 4.4. Umiddelbare tiltak.

Voldsriskovurderingen bør inneholde beskrivelse av reell og aktuell risiko, grad av alvorlighet, sannsynlighet for fremtidige hendelser, hva slags handlinger, hvor, når, mot hvem og konsekvenser handlingene har. I tillegg skal håndtering og anbefalinger og kriterier for revurdering eller ny dato for revurdering journalføres og viderefremmes til aktuelle instanser. I tilfeller der voldsriskoen vurderes som lav, dokumenteres også dette.

Ressurser

- [Møte med aggresjonsproblematikk \(MAP\) \(sifer.no\)](#)
- [Voldsriskoutredning ved alvorlig psykisk lidelse \(helsedirektoratet.no\)](#)

Kartlegginger

- Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS analyse)
- Funksjonell kartlegging

Screeninger/sjekkliste voldsrisiko

- [Brøset Violence Checklist \(BVC\), PDF \(risk-assessment.no\)](#)
- [ERM - Early Recognition Method \(sifer.no\)](#)
- [Voldsriskosjekkliste-10 \(V-Risk-10\) \(sifer.no\)](#)
- [Skjema for vurdering av aggressiv og farlig atferd \(VAFA\) \(helsebiblioteket.no\)](#)
- [Registreringsskjema for aggressiv atferd \(REFA\) \(helsebiblioteket.no\)](#)
- [Skjema for oversikt over forvarsel til aggressiv atferd \(SOFA\) \(helsebiblioteket.no\)](#)

Omfattende strukturerte kartlegginger voldsrisiko

- [Historical Clinical Riskmanagement-20, versjon 3 \(HCR 20 v.3\) \(sifer.no\)](#)
- [Short term Assessment of risk and treatability \(START\) \(sifer.no\)](#)
- [Assessment of Risk and Management for individuals with developmental and intellectual limitations who offend sexually \(Armidilo-S\) \(sifer.no\)](#)
- [Risiko for seksuell vold \(SVR-20\) \(sifer.no\)](#)

Kompetansetjeneste med informasjon om ressurser

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

E-læringsprogram

- [Brøset Violence Checklist – BVC \(kursbygger.ihelse.net\)](#)

5.4 Oppsummering av utredning og plan for behandling

Etter utført kartlegging og utredning av relevante områder og faktorer bør de som har vært involvert fra HAVO gjøre en tverrfaglig, helhetlig vurdering og drøfting av funn, av hvilke behandlingstiltak som kan bidra til å redusere atferd som utfordrer og eventuelt begrense skadeomfanget.

Hvilken behandling som anbefales bør sees i sammenheng med blant annet

- hypotesen(e) til hva som kan være atferden(e)s funksjon og utløsende og opprettholdende faktorer

- pasientens mål og ønske for behandlingen
- personens funksjonsnivå, kognitive fungering, språkforståelse og kommunikasjonsferdigheter
- andre diagnoser som kan virke inn
- atferdens alvorlighetsgrad
- rammer, ressurser og kompetanse
- bosituasjon, mengde og type avlastning/heldøgns bo- og tjenestetilbud/BPA
- hvilke og hvor mange arenaer personen oppholder seg på og stabilitet i personalgruppene på de ulike arenaene
- mulighet for lik praksis på tvers av arenaer
- samarbeid mellom ulike instanser
- antatt effekt av behandlingen

5.4.1 Utredningsrapport (epikrise)

Funn fra utredning og anbefalinger for behandling skal oppsummeres i en tverrfaglig utredningsrapport (epikrise). Rapporten fra utredningen kan inneholde for eksempel (113)

- aktuell informasjon fra henvisningen og problemstilling
- pasientens diagnose(r) og bakgrunnsopplysninger, inkludert eventuelle mindreårige søsken
- informasjon om og resultater fra undersøkelser og utredninger som er gjort
- legemiddelliste
- personens funksjonsnivå, språkforståelse, kommunikasjonsferdigheter og eventuelle behov for kommunikasjonsstøtte
- beskrivelser og hypotese om hva som utløser og/eller opprettholder atferden (3) og oppsummering av det totale bildet av belastninger og sårbarhetsfaktorer
- anbefalinger av behandlingstiltak som følger av hypotesen
- mulig effekt, fordeler og ulemper ved foreslått behandling
- behov for videre behandling/oppfølging og hvem som har ansvar for behandlingen/oppfølgingen
- behov for lærings- og mestringstilbud for pasient og/eller pårørende (6)

Utredningsrapporten (epikrisen) skal som hovedregel sendes pasient / nærmeste pårørende, fastlege, henviser og annet helsepersonell som trenger informasjonen for å gi videre helsehjelp. I dialog med pasient og/eller nærmeste pårørende avklares det hvilke andre samarbeidspartnere det er aktuelt å dele informasjon med, og som skal ha rapporten som oppsummerer utredningen (4;31).

5.4.2 Tilbakemelding fra kartlegging og utredning

Etter vurdering og oppsummering av utredning bør HAVO innkalle pasient / nærmeste pårørende, henviser og aktuelle samarbeidsparter til et tilbakemeldingsmøte hvor funn, vurderinger og konklusjoner fra utredningen gjennomgås. Eventuell tilrettelegging og behandling som allerede er igangsatt eller anbefales gjennomgås og drøftes (4).

Pasienten har rett til å få tilpasset informasjon dersom modenhet og forståelse gjør det mulig (29). Hvordan pasienten skal informeres om resultater fra utredningen må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Enkelte kan ha behov for oppfølgende samtaler for å få bedre innsikt i og forståelse av funnene og resultatene fra utredningen.

På tilbakemeldingsmøtet, etter anbefaling om behandling fra HAVO bør det sammen med pasient/pårørende og kommune, og eventuelt andre utførere av behandlingen, avklares og kommes til enighet om videre målsettinger og behandling, samt vurdere om det er behov for veiledning/opplæring fra HAVO i anbefalte behandlingstiltak (5;6).

Før oppstart av behandling bør det avklares hva som er viktig for personen (37;114). Det skal gis nødvendig informasjon om tilgjengelige, forsvarlige behandlingsalternativer, deres fordeler og ulemper og konsekvenser, slik at pasient / nærmeste pårørende kan samtykke og ta informerte valg om behandling (6;30;31;37). Pasienten / nærmeste pårørende kan også velge å takke nei til videre helsehjelp. Informasjon om hva som kan være konsekvens av eventuelt ikke å ta imot hjelp må da gis (29). Det skal ved behov gis tilpasset beslutningsstøtte slik at pasienten skal kunne ta egne valg (31).

5.4.3 Utførere av behandling

Behandling av atferd som utfordrer krever ofte langvarig og kontinuerlig innsats gjennom hele dagen til personen. Pasienten selv og/eller nærmeste pårørende skal medvirke i, og HAVO og kommunen skal samarbeide om behandlingen (5;29). Miljøterapeutisk behandling gis oftest ambulant og indirekte i form av opplæring og veiledning til tjenesteytere og/eller pårørende (6;35). Omfanget av veiledning, rådgivning og behandling fra HAVO vurderes ut fra kompleksiteten og alvorlighetsgraden av atferden og kommunens kompetanse og ressurser.

Tjenester fra HAVO gis tidsavgrenset og kan være avgrenset til utredning og tidlig fase av behandlingen, men det kan også være behov for periodevis innsats fra HAVO over lengre tid (6).

Behandling kan også gis digitalt eller poliklinisk der det vurderes mer hensiktsmessig (6). I enkelte tilfeller vil det kunne være behov for mer intensiv behandling / ambulant veiledning og/eller innleggelse ved døgnavdeling. Per i dag finnes få plasser for innleggelse i døgnavdeling (47;115).

5.5 Avtaler om samarbeid og behandlingsplan

Dersom det er behov for at HAVO skal bidra i behandlingen av pasienten i en tidsavgrenset periode, bør det inngås en skriftlig avtale med kommunen og det bør utarbeides en behandlingsplan for pasienten.

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

Dersom det utarbeides en behandlingsplan skal denne utarbeides i samarbeid med pasient / nærmeste pårørende (29;31). Den bør inneholde informasjon om hvilke behandlingstiltak som skal prøves ut og hvem som er ansvarlig for de ulike tiltakene.

Behandlingsplanen kan vises til i eller være en del av individuell plan (IP). Detaljerte beskrivelser av behandlingstiltak kan legges ved behandlingsplanen. Eventuelle avbrytelseskriterier for behandling ved for eksempel økning i uro/irritabilitet eller motstand kan også beskrives der.

6 BEHANDLING

Målet med behandlingen er å redusere forekomsten av atferd som utfordrer og øke annen prososial atferd, som for eksempel kommunikasjonsferdigheter eller sosiale ferdigheter og gi personen best mulig funksjon, livskvalitet, selvstendighet og mulighet for deltakelse, basert på sine forutsetninger (3;6;35).

Behandlingen bør være individuelt tilpasset og basere seg på resultater fra kartlegging og utredning, pasientens språklige nivå og hypotesen(e) om hva som kan være atferden(e)s funksjon og utløsende og opprettholdende faktorer (19;116). Behandling vil som oftest være rettet mot både miljøet og personen, være tverrfaglig og kan bestå av både miljøterapeutisk, medisinsk og psykisk helsehjelp.

I behandlingen av atferd som utfordrer

- kreves gjerne flere ulike behandlingstiltak fra både kommune og spesialisthelsetjeneste
- bør behandling være minst mulig inngripende (28)
- bør behandling være i overensstemmelse med personens og/eller nærmeste pårørendes kultur, ønsker og kapasitet
- bør personens styrker og interesser vektlegges
- bør det gjøres avveininger knyttet til kompetanse og ressurser i kommunen (3)

6.1 Behandlingstiltak rettet mot pasient og miljø

Behandlingstiltakene som nevnes videre i kapitlene 6.1.1–6.1.17 er i litteraturen beskrevet å kunne være virksomme og er behandlinger som flere av habiliteringstjenestene i Helse Sør-Øst har erfaring med. Behandlingstiltakene beskrives ikke i detalj og eksemplene er ikke utfyllende og omtales her i en tilfeldig rekkefølge.

Manualer på spesifikke behandlinger som er aktuelle bør benyttes der det finnes, med individualiserte tilpasninger (3). Enkelte av behandlingstiltakene, som for eksempel psykoedukasjon, sosial ferdighetstrening, kognitiv atferdsterapi og atferdsavtaler krever et visst kognitivt og språklig nivå hos pasienten.

6.1.1 Somatisk behandling

Dersom den somatiske utredningen avdekker medisinske tilleggstilstander, bør det igangsettes behandling av dette. I NICE guideline er behandling av smerter og søvn spesielt trukket frem når personer med utviklingshemming fremviser atferd som utfordrer (3;44).

Behandlingen kan være tverrfaglig og omfatte både ikke-medikamentell og medikamentell behandling. Det må avklares om pasienten skal behandles i primærhelsetjenesten i regi av fastlege, ved HAVO eller relevant organspesialist i spesialisthelsetjenesten (5).

Behandling av smerter

Årsaksrettet behandling bør iverksettes dersom årsak til smerte er avdekket. Det finnes veiledere for behandling, både ved akutte og langvarige smerter (117-119). Både ikke-medikamentell og medikamentell behandling kan være aktuelt. Erfaringsmessig er et alternativ å teste ut smertestillende i en avgrenset periode med påfølgende evaluering.

Behandling av søvnvansker

Råd om søvnhygiene bør gis ved søvnproblemer (120). Hvilke andre konkrete ikke-medikamentelle og

medikamentelle behandlingstiltak som kan forsøkes avhenger av symptombeskrivelse, tilstand eller diagnose funnet ved kartleggingen av søvnen (44;121).

Lovverk ved somatisk helsehjelp

Ved somatisk helsehjelp til pasienter med utviklingshemming som vurderes ikke å ha beslutningskompetanse om aktuell helsehjelp, kan avgjørelser om helsehjelp gis etter § 4-6 i pasient- og brukerrettighetsloven. Dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen skal nærmeste pårørende involveres (30) og det skal fattes vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Det er helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen som fatter vedtaket, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell (31).

Ressurser

- [Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus, PDF \(legeforeningen.no\)](#)

Smerter

- [Generelt om akutt smerte \(legemiddelhåndboka.no\)](#)
- [Medikamentell behandling \(legemiddelhåndboka.no\)](#)

Søvnvansker

- [Nasjonalt senter for søvnmedisin \(helse-bergen.no\)](#)

6.1.2 Endringer og forbedringer i pasientens miljø

Dersom kartleggingen viser mangler i miljøet og rammebetingelsene rundt personen, som kan medføre økt risiko for atferd som utfordrer, bør HAVO anbefale i endringer av disse.

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Plikten gjelder først og fremst veiledning om helsemessige forhold for enkeltpasienter, men omfatter også generell veiledning som kan være nødvendig for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver (6). Det kan derfor i enkeltsaker være aktuelt for HAVO å anbefale endringer på forhold ved tjenestene som kan medføre økt risiko for atferd som utfordrer hos pasienten. Tiltak rettet mot pasientens miljø som kan være aktuelle er

- fjerne/ redusere krav for en periode
- fjerne/ redusere ubehag og triggere, som for eksempel spesifikke lyder eller støy (3)
- rydding og sikring av miljø
- endring/ forbedring av fysiske rammebetingelser
- bedre samarbeid mellom involverte parter
- individuelle tilpasninger eller endring i personens dag- eller omsorgstilbud for å sikre best mulig stabile og trygge omgivelser

Berikelse av miljø

Berikelse av personens miljø, som innebærer blant annet økning av tilgang på stimulerende, foretrukne, meningsfulle aktiviteter og å sikre ivaretagelse av relasjoner og sosiale, positive interaksjoner, kan bidra til å redusere forekomst av atferd som utfordrer (77;122;123). Beriking av miljøet er et relativt enkelt behandlingstiltak og krever ikke funksjonell kartlegging eller analyse i forkant (77).

Aktiv deltakelse, tilpasning og prioritering av aktiviteter

Det bør vurderes om personen gis riktig hjelp og bistand ved gjennomføring av oppgaver, aktiviteter og gjøremål (124). Når personer får oppgaver eller krav de ikke mestrer, øker det risikoen for at de utvikler lært hjelpeløshet (125). Aktuell tilnærming kan være aktiv støtte. Aktiv støtte legger vekt på å gi riktig mengde og type støtte til rett tid, slik at personen får brukt sine ferdigheter og aktivt ta del i sosial samhandling med andre (124;126).

Energiøkonomisering og aktivitetsprioritering kan også bidra til å finne en god balanse mellom aktivitet og hvile (127). Dette kan være å planlegge, prioritere og tilpasse/fjerne krav og aktiviteter, sikre tilstrekkelig ro, hvile og pauser og bruke hjelpemidler i hverdagen. Å legge til rette for oppgaver og aktiviteter som personen mestrer og liker vil være viktig. Også fysisk aktivitet kan redusere aggresjon og selvskading, og kan kombineres med annen behandling (77;128).

Struktureringstiltak og visuell støtte

Struktureringstiltak og visuell støtte kan kompensere for manglende eksekutive ferdigheter eller være til hjelp ved vansker med å forstå for eksempel muntlige beskjeder og sosiale situasjoner og bidra til å gi personen oversikt og forutsigbarhet. Aktuelle struktureringstiltak eller visuelle hjelpemidler kan være bruk av dagsplan, ukeplan, kalender, aktivitetsplan, skrevne regler, sosiale historier og hjelpemidler som måler tid og angir denne visuelt eller hørbart (3;129).

Planene kan utformes med bilder, tegninger, symboler, tekst eller konkrete, eller en kombinasjon av disse. Planene bør kunne tilpasses dagsform, gi mulighet for variasjon og valg, samt reflektere personens interesser og forutsetninger og sikre tilgang på aktiviteter som gir livskvalitet (124). Bruk av slike planer vil også kunne gi en bedre oversikt over når aktivitet og hvile bør legges inn.

Ved motstand mot å følge oppfordringer om å utføre ulike hverdagslige aktiviteter kan det å legge opp til å utføre lystbetonte aktiviteter før mindre lystbetonte aktiviteter, øke sannsynligheten for at også disse utføres (77).

Ressurser

- [Hvordan skape struktur og forutsigbarhet? \(statped.no\)](http://statped.no)

6.1.3 Tilpasset kommunikasjon og alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK)

På bakgrunn av kartlegging/utredning bør HAVO bistå i vurdering av om de rundt pasienten kommuniserer ut fra personens funksjonsnivå og har et godt tilpasset språkmiljø med tilgang til og støtte fra kommunikasjonspartnere og eventuelle kommunikasjonshjelpemidler på tvers av sine arenaer (5).

Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK) skal benyttes for personer som helt eller delvis mangler funksjonelt talespråk (5;130). Bilder, symboler, tegninger, håndtegn eller kommunikasjonshjelpemidler som talemaskin, kan benyttes som alternativ eller supplement til talespråk (131). Noen vil være helt avhengige av partnerfortolket kommunikasjon, hvor de rundt personen fanger opp personens signaler og gjør en fortolkning av mulige meninger bak. Hvilke(n) kommunikasjonsform(er) som velges, tilpasses hver person basert på kartlegginger, preferanser og behov.

Tjenesteytere i kommunen skal ha grunnkompetanse i ASK (5). Opplæring, veiledning og samkjøring i bruk av kommunikasjonshjelpemidler på tvers av personens arenaer er viktig (53). PPT og Statped kan gi veiledning og kurs. HAVO er ofte en samarbeidspart ved ASK-utredning og kan bistå med informasjon om kommunikasjonsløsninger og veilede på området (53). Fagpersoner i HAVO Helse Sør-Øst skal ha tilgang

til ASK-programvare for utprøving av ulike tilpassede kommunikasjonsløsninger (132). Via kommunen kan pasienten søke om kommunikasjonshjelpemiddel hos NAV hjelpemiddelsentral.

Ressurser

- [«Hvem gjør hva?» – på ASK-området, PDF \(knowme.no\)](#)
- [Kommunikasjon \(ASK\) \(kunnskapsbanken.net\)](#)
- [Alternativ og supplerende kommunikasjon \(ASK\) \(statped.no\)](#)
- [ISAAC Norge » Hva er Ask? \(isaac.no\)](#)
- [Rammeavtale kommunikasjonshjelpemidler \(nav.no\)](#)
- [Hjelpemidler ved vansker med tale og språk \(nav.no\)](#)

6.1.4 Etablering av adaptive ferdigheter

Etablering av ferdigheter for å erstatte og forbygge utvikling av mer alvorlig utfordrende atferd har vist seg effektivt (3;133). I etablering av funksjonelle ferdigheter benyttes gjerne atferdsanalytiske prosedyrer som shaping og kjeding kombinert med prompting og differensiell forsterkning (77).

Sentrale ferdigheter å få opplæring i kan blant annet være (52)

- grunnleggende kommunikasjonsferdigheter
- tolerere å vente og å få avslag
- avslutte foretrukne aktiviteter
- øke toleranse for hverdagslige krav
- bruke ulike hjelpemidler

I tillegg trenger mange å lære strategier for å hvile, slappe av eller være for seg selv. Også generell opplæring av, dagliglivets ferdigheter, sosiale ferdigheter og språk/kommunikasjon er viktig (134).

Funksjonell kommunikasjonstrening

I funksjonell kommunikasjonstrening lærer personen en mer hensiktsmessig måte å kommunisere på (77;135). Hvilke kommunikasjonsresponses som bør læres avhenger av funnene fra kommunikasjonskartlegging og de funksjonelle kartleggingene eller analysene av atferdens funksjon (77). Aktuelle kommunikasjonsresponses kan være å

- be om ønskede goder/aktiviteter
- be om pause
- be om hjelp
- uttrykke «nei / vil ikke» eller lignende
- be om oppmerksomhet «se, kom»
- ta kontakt med andre

Generalisering av kommunikasjonsferdighetene på tvers av personens arenaer er viktig.

Opplæring og erstatning av atferd som utfordrer kan ta lang tid. Opplæring er derfor ofte bare ett av flere behandlingstiltak som bør iverksettes.

6.1.5 Behandling av psykiske lidelser

Dersom det under utredningen eller under behandling vekkes mistanke om eller avdekkes at personen har en psykisk lidelse, må det følges opp (27;62;63). Generelt bør en tilstrebe behandling som tilsvarer

det andre med samme psykiske lidelse ville mottatt, men personer med utviklingshemming og psykisk lidelse vil trenge skreddersydd behandling tilpasset sitt funksjonsnivå, sine styrker og behov (61;136;137).

Mye av behandlingen som er beskrevet i denne behandlingslinjen vil også kunne være aktuell i behandling av psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming. Tilrettelegging av miljøet rundt pasienten der man hensyntar den psykiske lidelsen og forstår atferden i lys av denne er det viktigste behandlingstiltaket. I tillegg vil behandlinger nevnt nedenfor kunne være aktuelle supplementer til miljøtiltakene. Listen er ikke uttømmende.

- Medikamentell behandling. Se kapittel 6.1.17.
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (138).
- Traumebevisst omsorg.
- Gradvis eksponering kan vurderes ved spesifikke fobier (139). Behandling som innebærer eksponering, bør bygge på en grundig individuell vurdering basert på faglige og etiske kriterier. Ved for eksempel Posttraumatisk stresslidelse må man være oppmerksom på at eksponering kan trigge traumer og kan være kontraindisert i enkelte tilfeller (138).
- Atferdsaktivering (140).

For enkelte personer med en lett til moderat utviklingshemming og samtidig psykisk lidelse vil det også kunne være aktuelt med modifiserte og individuelt tilpasset behandling som (14)

- ulike former for kognitiv atferdsterapi
- dialektisk atferdsterapi
- motiverende intervju (MI)
- psykoedukasjon
- støttesamtaler og samtaleterapi

Ofte vil det være behov for at flere av behandlingene nevnt ovenfor benyttes sammen. Se også kapittel 5.2.7 for ansvarsdeling og samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten rundt utredning og behandling av psykiske lidelser.

Ressurser

- [Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment, and management \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)
- [Tilgang til psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no)
- [Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk helse \(NKUP\) \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no)
- [NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid \(napha.no\)](https://napha.no)
- [Psykiske lidelser – voksne \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

6.1.6 Tilrettelegging i forhold til emosjonell utvikling

Ulik tilrettelegging kan være aktuell også når det gjelder personens emosjonelle utviklingsnivå. Det kan for en person med lavere emosjonelt og/eller kognitivt utviklingsnivå være aktuelt å skape trygghet med for eksempel bruk av overgangsobjekter, rolige, stabile rammer og omgivelser, struktur, forutsigbarhet og visuelle hjelpemidler, hjelp til regulering av fysiske behov og stimulering, få og kjente personer, kjente aktiviteter, tett oppfølging, oppmuntring og lavaffektiv tilnærming. Ved et noe høyere emosjonelt

utviklingsnivå kan for eksempel avslapning, hjelp til å finne løsninger, ta valg, gi støtte til selvstendighet og øve på ulike emosjonsreguleringsferdigheter være aktuelt (70;74;141;142).

Ressurser

- [Seed 2 - skala for evaluering av emosjonell utvikling \(frambu.no\)](https://frambu.no)

6.1.7 Forsterkningsprosedyrer

Forsterkningsprosedyrer utgjør en sentral del av atferdsanalytiske intervensjoner for å forebygge atferd som utfordrer, fremme mer hensiktsmessig atferd og redusere atferd som utfordrer. Gjennomføring og veiledning i bruk av forsterkningsprosedyrer krever atferdsanalytisk kompetanse.

Forsterkningsprosedyrene innebærer å systematisk endre miljøet rundt personen for å øke sannsynligheten for at mer hensiktsmessig atferd forekommer hyppigere (77).

Basert på en hypotese til atferdens funksjon og hvorfor den utfordrende atferden forekommer, kartlagt gjennom funksjonelle kartlegginger eller analyser, kan en utforme funksjonsbaserte behandlingstiltak som erstatter atferdens funksjon. Ved å endre miljøet og de mulige opprettholdende faktorer for atferden, vil man kunne redusere motivasjonen for å fremvise atferden (77).

Non-kontingent forsterkning

I en non-kontingent forsterkningsprosedyre presenteres forsterker, fortrinnsvis identifisert i funksjonell kartlegging, etter en bestemt tidsperiode uavhengig av om personen fremviser atferd som utfordrer eller ikke. Ved å presentere forsterkeren uavhengig av om den utfordrende atferden fremvises eller ikke, brytes sammenhengen mellom atferden og forsterkeren, og ved å presentere forsterkeren relativt hyppig kan også prosedyren dempe motivasjonen for å fremvise atferd som utfordrer (123;143).

Differensielle forsterkningsprosedyrer

Dette er prosedyrer som innebærer at spesifikk atferd man ønsker mer av leder til forsterkning, mens annen atferd man ønsker å redusere, ikke gjør det. Å utelukkende arrangere miljøbetingelser slik at man systematisk forsøker å ekstingvere atferd er ikke å anbefale ved alvorlig utfordrende atferd, da atferden da kan øke i hyppighet, intensitet og variasjon (77). Bruk av ekstinksjonsbaserte prosedyrer bør kun skje i kombinasjon med positiv forsterkning, dvs. at personen kan oppnå det samme ved å fremvise annen adekvat atferd. Bruk av slike kombinasjonsprosedyrer stiller store krav til samkjørt praksis. Ønsket effekt av differensiell forsterkning kan ta lang tid, og kan ikke være eneste tiltak, men en av behandlingskomponentene (144).

Prosedyrer innenfor differensiell forsterkning er (14;77;145)

- DRO – Forsterkere leveres i fravær av atferd som utfordrer etter en bestemt tidsperiode.
- DRI – Atferd som er uforenelig med atferd som utfordrer, forsterkes.
- DRA – Atferd som utfordrer ekstingveres, alternativ atferd forsterkes.
- DRL – Forsterkere leveres ved lav forekomst av atferd som utfordrer etter en bestemt tidsperiode.
- DRH – Forsterkere leveres ved høy forekomst av atferd som utfordrer etter en bestemt tidsperiode.

«Behandlingspakker» basert på funksjonelle analyser som inneholder for eksempel funksjonell kommunikasjonstrening, differensiell forsterkning og ekstinksjon har vist seg effektivt for å redusere forekomst av enkelte former for atferd som utfordrer (16).

6.1.8 Atferdsavtaler

Atferdsavtaler kan brukes som strukturering og motivasjonstiltak og kan bidra til økt aktivitet og reduksjon av atferd som utfordrer. Atferdsavtaler benyttes for å motivere til hensiktsmessig atferd personen i utgangspunktet mestrer. Metoden kan benyttes med personer som har verbale og kognitive forutsetninger for å følge enkle avtaler. Atferdsavtaler brukes gjerne i kombinasjon med for eksempel tegnøkonomi (146;147).

Ressurser

- Holden & Finstad (2010) Atferdsavtaler - Et hjelpemiddel for å velge hensiktsmessig atferd. Gyldendal.

6.1.9 Gradvis eksponering

Gradvis eksponering kan for eksempel vurderes ved kravsensitivitet, vegring, angstsymptomer og fobier (139). Gradvis eksponering bør tilpasses individuelt og ta utgangspunkt i funksjonell forståelse av atferden, og bør foregå i samarbeid med pasient og/eller pårørende og tjenesteytere. Det er viktig å sikre at eksponeringen foregår i trygge omgivelser, er innenfor personens tålegrense, samt at pasienten opplever å ha valgmuligheter og kontroll. Forsterkning av ønsket atferd er et sentralt prinsipp i alle faser av behandlingen.

Det bør utvises særlig varsomhet ved mistanke om traumer og være oppmerksom på at eksponering kan trigge traumer og kan være kontraindisert i enkelte tilfeller (138).

Eksponeringsbehandling av personer med utviklingshemming med manglende innsikt i egen tilstand bør bygge på en grundig individuell vurdering basert på faglige og etiske kriterier.

6.1.10 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon gir pasient og/eller pårørende informasjon om diagnose og tilstand. Gjennom psykoedukasjon kan pasient og/eller pårørende få konkrete råd for livsmestring, få en bedre forståelse av muligheter og utfordringer og hvordan best forholde seg til og mestre diagnosen, og kan være en av komponentene i behandlingen. Psykoedukasjon kan gis både individuelt og i gruppe (148).

Ressurser

Samtaleverktøy om utviklingshemming, autisme, ADHD og Tourette

- [adhdplakaten \(adhdplakaten.com\)](http://adhdplakaten.com)
- [Autismeplakaten \(autismeplakaten.no\)](http://autismeplakaten.no)
- [Samtaleverktøy om utviklingshemming \(oslo-universitetssykehus.no\)](http://oslo-universitetssykehus.no)
- [Touretteplakaten \(touretteplakaten.no\)](http://touretteplakaten.no)
- [Ninjakoll-1---veiledningshefte, PDF \(helse-fonna.no\)](http://helse-fonna.no)
- [ninjakoll-2---veiledningshefte, PDF \(helse-fonna.no\)](http://helse-fonna.no)

6.1.11 Sosial ferdighetstrening

Sosial ferdighetstrening kan for enkelte personer være aktuelt for å erstatte for eksempel aggressiv atferd med andre alternative atferder (149). For eksempel metoden Adapted Aggression Replacement Training (AART) er tilpasset skandinaviske forhold og flere alders- og diagnosegrupper (150).

Ressurser

- [Sinnemestring for personer med utviklingshemming \(naku.no\)](http://naku.no)
- Gundersen m.fl. (2015) AART- En metode for trening i sosial kompetanse. Universitetsforlaget.
- McGinnis (2011). Skillstreaming the adolescent: A guide for teaching prosocial skills. Third edition. Research Press.
- Baker (2003) Social Skills Training. Autism Asperger Publishing Co.

Videomodellering av sosiale ferdigheter

- [Habitering 2018 on Vimeo \(vimeo.com\)](https://vimeo.com)

6.1.12 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en tilnærming og metodikk som har vist seg effektiv, for personer med utviklingshemming blant annet på sinne/agresjon (116;151;152).

Selv om evidensen for bruk av KAT for personer med utviklingshemming fortsatt er begrenset (151) tyder funnene så langt på at behandlingstilnærmingen kan forenkles og tilpasses og være egnet for personer med lettere grad av utviklingshemming (153).

For å sikre at KAT skal ha effekt for personer med utviklingshemming, anbefales det at det gjennomføres en egnethetsvurdering for den enkelte pasient der man vurderer blant annet kommunikasjonsferdigheter og språklige evner (spesielt evne til å oppfatte språk), kognisjon og evne til å identifisere følelser. Råd som er beskrevet i manualer for KAT for personer med utviklingshemming bør også følges (153-156). KAT kan administreres individuelt eller i små grupper (3;157).

Ressurser

- [Kognitiv atferdsterapi \(kognitiv.no\)](http://kognitiv.no)
- [Cognitive Behaviour Therapy \(CBT\) for People with Mild Intellectual Disability and Mood Disorders | Psychiatry - UCL – University College London](https://www.ucl.ac.uk/psychiatry/cbt)

6.1.13 Behandling, tilsyn og oppfølging ved PSA/SSA

Ulike verktøy (158-160) som brukes i utredning av PSA/SSA beskriver hvilket tilsyn, behandling, opplæring, tilrettelegging eller oppfølging og av hvilken intensitet det kan være behov for. Verktøyene kan i tillegg bidra til å gjøre prioriteringer av behandlingstiltak. For eksempel er opplæring i seksualkunnskap sentralt for å kunne forebygge PSA/SSA.

Ressurser**Verktøy for utredning og behandling av problematisk eller skadelig seksuell atferd**

- Assessment, Intervention and Moving on-3 (AIM3)
- Protective and risk observations for Eliminating Sexual Offence Recidivism (PROFESOR). 12-25 år [PROFESOR - Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoedsførebygging \(rvtsvest.no\)](https://www.rvtsvest.no)
- [Armidilo-s, PDF \(stolav.no\)](https://stolav.no)
- [Verktøykassen \(habiteringsverktoy.no\)](https://habiteringsverktoy.no)

Forebygging, varsling og oppfølging ved seksuelle overgrep og/eller vold

- [SUMO rapport, PDF \(naku.no\)](http://naku.no)
- [Retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemming \(bufdir.no\)](https://bufdir.no)
- [Seksuellatferd.no](https://seksuellatferd.no)

6.1.14 Behandling av rusavhengighet

Rusbehandling for pasienter med utviklingshemming krever samarbeid på tvers av tjenester og fleksible behandlingstilnærminger tilpasset pasientens individuelle behov (96). Rusutfordringer krever en tverrfaglig behandling som både adresserer rusbruken, men også underliggende mekanismer som traumer mv.

Blir det avdekket rusavhengighet hos henvist pasient bør det drøftes med, eller henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og/eller samarbeides med kommunalt tilbud (97;161).

Konsekvenser av rusbruk kan føre til vesentlig skade og ulike lovverk kan komme til anvendelse for å hindre det, f. eks HOL kap. 9. (162).

Ressurser

- [Rus: Forskning \(naku.no\)](http://naku.no)
- [Rusbehandling \(TSB\) \(helsedirektoratet.no\)](http://helsedirektoratet.no)

6.1.15 Opplæring og veiledning av tjenesteytere

Kommunen skal sørge for at alle tjenesteytere har grunnleggende kompetanse innen sentrale kompetanseområder og at de får nødvendig veiledning (5). Specialisthelsetjenesten har veiledningsplikt ovenfor kommunen og skal bistå når det er behov for mer spesialisert kompetanse enn det kommunen kan forventes å ha (6;34;35). Omfanget av veiledning fra HAVO vurderes og avtales i hver enkelt sak.

Kompetanseheving kan ha elementer av både teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. Opplæring og veiledning til tjenesteytere kan skje i det aktuelle miljøet der den utfordrende atferden fremvises (163), eller i form av for eksempel kurs, workshop, nettverk, interaktiv opplæring, rollespill, feedback og video/e-læring (164).

Rådgivning og veiledning av tjenesteytere er viktig for kompetanseheving og for å legge til rette for lik praksis på tvers av personens arenaer. Aktuelle temaer for informasjon og veiledning til tjenesteyterne rundt pasientens helsemessige forhold relatert til atferd som utfordrer kan være (165)

- pasientens diagnose(r)
- forståelse av pasientens kognitive og adaptive profil, grunnvansker og hjelpebehov
- å gi innsikt i og forståelse for atferden og dens funksjon(er)
- sårbarhetsfaktorer, tidlig identifisering og ulike forebyggingstiltak for atferd som utfordrer
- hva som er viktig når man skal legge til rette for en god utvikling
- spesifikke registreringer, kartlegginger eller behandling som vurderes iverksatt
- tilpasse eller utarbeide registreringsskjema
- tilrettelegging og opplæring av ferdigheter
- hvordan tilrettelegge for, fremme og øke pasientens mulighet til selvbestemmelse og styre egne hverdag og samtidig tilby trygge rammer og forsvarlig helsehjelp
- kommunikasjon tilpasset personens språk og forutsetninger
- hvordan være en trygg og god samhandlingspartner
- deeskaleringsstrategier ved tidlige tegn/forvarsler for å roe ned og avlede (3), selvregulering, posisjonering, konfliktdempende kommunikasjon og kroppsspråk
- skadeavverging jf. hol. kap. 9

- sammenhengen mellom forebyggende tiltak (proaktive tiltak) og tiltak som må benyttes når det forekommer atferd som utfordrer (reaktive tiltak)
- betydningen av å møte personen enhetlig, særlig hvis det er mange tjenesteyterne
- nedtegnelse av beskrivelse for trygg, hensiktsmessig og utviklende samhandling på personens arenaer, for eksempel
 - personens interesser
 - viktig tilrettelegging og bistand
 - hvordan tilby tilpasset beslutningsstøtte
 - opplæring som gis av alternativ atferd
 - hvordan tidlige tegn eller forløpere til atferden arter seg og hvordan kommunisere med, avlede eller roe personen 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)

Anvendt atferdsanalyse, rammeverket positiv atferdsstøtte (166-168), lavaffektiv tilnærming (169), aktiv støtte (124), SPELL (170), traumebevisst forståelse (171) og emosjonell utvikling (70) og å bistå med reguleringsstøtte på rett nivå kan også være aktuelle som tema for veiledning.

Ressurser

- [Veileder- Forebygging og håndtering av aggresjon og vold, PDF \(naku.no\)](#)
- [Utviklingshemming - ABC-opplæringen \(aldringoghelse.no\)](#)

Positiv atferdsstøtte

- [Positiv atferdsstøtte, PDF \(aldringoghelse.no\)](#)
- Berge, U. (2020) Positiv atferdsstøtte. I Bakken T.L. red. Håndbok for miljøterapi til personer 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.
- [Sorgstøtte til voksne personer med utviklingshemming \(aldringoghelse.no\)](#)

Plan for lik praksis i personalgruppen

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

Hol kap. 9

- [Kompetansehefte I - Hol Kap. 9., PDF \(naku.no\)](#)

Digitale kurs

- [Nettkurset Kunnskapsbasert habilitering i kommunen \(ntnu.no\)](#)

- [VR-basert simuleringskonsept \(medandrebriller.no\)](https://medandrebriller.no)
- [Mitt møte med personer med utfordrende atferd- en vei til mestring og trygg samhandling \(utviklingssenter.no\)](https://utviklingssenter.no)

6.1.16 Opplæring og støtte til pårørende

Pårørende er en ressurs for helsetjenesten, blant annet når det gjelder kunnskap om pasienten og for å motivere og trygge pasienten gjennom utredning og behandling (172).

Mange voksne pasienter med moderat- til alvorlig utfordrende atferd mottar omfattende kommunale helse- og omsorgstjenester og er ofte i behov av heldøgns botilbud (5). Enkelte pasienter er helt- eller delvis hjemmeboende i foreldrehjemmet (47). Behov og omfang for opplæring og veiledning til foreldre eller andre pårørende bør vurderes individuelt, blant annet for å sikre enhetlig praksis i behandling av atferd som utfordrer. Støtte, opplæring og veiledning av pårørende bør skje i samråd med kommunen jf. § 3-6 i helse- og omsorgstjenesteloven.

Å være pårørende til pasienter som fremviser atferd som utfordrer er en stor belastning og kan føre til sykemeldinger og tapte arbeidstimer, gi bekymringer, økt stress og nedsatt livskvalitet (16;30). Å være utsatt for vold eller upassende atferd fra egne barn eller andre nære familiemedlemmer kan være skambelagt og vil ikke nødvendigvis rapporteres uten at helsepersonell spør om dette. Helsepersonell bør derfor snakke med pårørende om ulike aspekter og eventuelle belastninger de opplever (30). Dersom pårørende er i behov av mer terapeutisk behandling bør HAVO oppfordre pårørende til å oppsøke det.

Spesialisthelsetjenesten og kommuner bør samarbeide om pårørendestøtte og begge har ansvar for nødvendig opplæring og veiledning av pårørende (5;6;9;30;34;173). Mottar pasienten tjenester fra både kommunen og habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten bør det avklares hvem som har ansvaret for de ulike opplærings- og veiledningstiltakene (5;7).

Pårørende kan ha stor nytte av å få informasjon og kunnskap om pasientens helseutfordringer og aktuelle mestringsstrategier og å treffe andre pårørende. Helsepersonell bør bidra til at pårørende får informasjon om for eksempel aktuelle lærings- og mestringstilbud i regi av helseforetak, kommune og brukerorganisasjoner (30).

Barn som pårørende

HAVO må avklare og dokumentere om pasienten har mindreårige søsken (under 18 år) og hvordan de påvirkes og opplever familiesituasjonen (4). Både HAVO og kommunen har ansvar for å bidra til at mindreårige søsken både informeres og følges opp. HAVO skal bistå med informasjon om ulike tilbud for eksempel ved lærings- og mestringssentre ved helseforetak og brukerorganisasjoner, etter samtykke og i samråd med foreldrene (4;5;30).

Dersom mindreårige søsken utsettes eller eksponeres for vold eller andre skadelige opplevelser må det avklares om det foreligger opplysningsplikt til barneverntjenesten (4;36).

Ressurser

- [Pårørendeveileder \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- [Digital guide for pårørendearbeid \(diggpaa.no\)](https://diggpaa.no)
- [Bruker- og interesseorganisasjoner \(naku.no\)](https://naku.no)
- [Pårørendesenteret - for pårørende i hele landet \(parorendesenteret.no\)](https://parorendesenteret.no)

- [Samtale med pårørende - huskeliste, PDF \(helsedirektoratet.no\)](#)

Lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenester og kommuner

- [Lærings- og mestringssentre i helseforetakene \(mestring.no\)](#)
- [Kommunal lærings- og mestringsevne \(mestring.no\)](#)

Barn som pårørende

- [Informasjon og støtte til barn som pårørende \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Søskenprosjektet-SIBS \(sibs.no\)](#)
- [Søskengruppe 11–13 år \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

6.1.17 Medikamentell behandling av atferd som utfordrer

Verbal og fysisk aggresjon, alvorlig selvskading og skadelig eller sosialt upassende seksuell atferd, kan indikere behov for medikamentell behandling. Studier viser at psykofarmaka kan ha effekt mot atferd som utfordrer (174).

Det er et begrenset forskningsgrunnlag for bruk av psykofarmaka hos voksne med utviklingshemming. Flere av anbefalingene i kapitlene 6.1.17 og 7.2, og i vedleggene 1 og 2, støtter seg derfor delvis på studier av barn og unge. De fleste av konklusjonene vurderes imidlertid å kunne overføres til voksne, inntil flere solide studier på voksne foreligger.

Psykofarmakologisk behandling bør kun vurderes når miljøterapeutiske og psykologiske behandlingstiltak har vært utilstrekkelige. Psykofarmaka brukes som hovedregel aldri som førstevalg ved behandling av atferd som utfordrer, med mindre det foreligger en akutt og alvorlig fare for pasientens eller andres sikkerhet (174-177). Andre aktuelle fagpersoner i HAVO bør involveres for å vurdere effekt av eventuell legemiddelfri behandling. Det bør sikres at behandling med psykofarmaka er del av et helhetlig behandlingsforløp (3;178).

I flere artikler beskrives det at personer med utviklingshemming, særlig barn eller de med autisme som komorbiditet, ofte har økt farmakologisk sårbarhet på bakgrunn av nevrobiologiske faktorer, somatisk komorbiditet og polyfarmasi (179-181).

Behandlingen bør individualiseres, målrettes mot klart definerte symptomer og atferdsmanifestasjoner, og evalueres regelmessig (182). Se kapittel 7.2 Evaluering av medikamentell behandling.

Bruk av legemidler utenfor godkjent indikasjon (*off-label*) kan være nødvendig, og bør baseres på klinisk dokumentasjon og en tydelig risikonyttevurdering (175;183).

Farmakogenetiske analyser bør vurderes ved bruk av visse psykofarmaka. Genetiske variasjoner i CYP450-enzymene kan ha betydelig innvirkning på medikamentmetabolisme, serumkonsentrasjon og klinisk respons. Ved bruk av SSRI kan genotyping av serotonintransportøren (SLC6A4) bidra til å redusere risikoen for bivirkninger og ineffektiv behandling (184-186).

Pasientgruppen har ofte betydelig somatisk komorbiditet og er ofte eksponert for polyfarmasi, noe som øker risikoen for interaksjoner, bivirkninger (187) og kontraindikasjoner. Ved oppstart og oppfølging av medikamentell behandling bør både farmakokinetiske forhold (absorpsjon, metabolisme, eliminering) og farmakodynamiske mekanismer (reseptoraffinitet, interaksjoner, toleranse, alder) vurderes (183;188).

Legemidlene bør foreskrives helst av leger med god kjennskap til kompleksiteten ved medisineringsen i denne pasientgruppen.

Framgangsmåte ved forskrivning av psykofarmaka

En klinisk kartlegging er viktig før oppstart av medikasjon. Dette omfatter en grundig anamnese med fokus på somatisk og psykiatrisk sykehistorie, rusmiddelbruk og tidligere erfaringer med psykofarmaka. Differensialdiagnoser og komorbide tilstander må vurderes systematisk (181), særlig autismespekterforstyrrelser, ADHD, affektive lidelser, epilepsi og somatiske smertebetingede tilstander som tannproblematikk og gastrointestinale plager (175;176;181;189).

Prinsippet "*Start low, go slow*" bør anvendes (182), tilsvarende praksis ved behandling av eldre pasienter. Initialdose bør være så lav som mulig, med gradvis opptrapping basert på klinisk respons, bivirkningsprofil og tolerabilitet (181). Evalueringen bør skje over en forlenget observasjonsperiode før eventuell justering. Klinisk beslutningstaking skal bygge på dokumentert symptomlindring og individuell vurdering av effekt, versus bivirkninger, fordeler og ulemper (3).

Monoterapi bør tilstrebes som førstevalg (182). Samtidig viser erfaring at pasienter med kompleks og sammensatt problematikk i enkelte tilfeller kan ha nytte av lavere dose kombinasjonsbehandling. Da velger man preparater som retter seg mot ulike nevrobiologiske målområder. Dette kan redusere behovet for høye doser av enkeltlegemidler og dermed også potensielt begrense bivirkninger, som for eksempel hyperprolaktinemi, vektøkning, agranulocytose og pneumoni (190). Introduksjon av nye legemidler bør skje sekvensielt og i lav dose, med tett oppfølging av respons og tolerabilitet (3;191).

Behandlingsmål bør være klart definert og symptomspesifikt, og det bør kun behandles symptomer som anses som alvorlige, funksjonsnedsettende eller risikofremmende (3;178;182). Den utfordrende atferden bør beskrives i journalen, inkludert frekvens, alvorlighetsgrad og situasjonelle utløsere (182). Se kapittel 5.3 Beskrivelse og kartlegging av atferd som utfordrer.

I forkant av oppstart gjennomføres det, etter vurdering, relevante somatiske undersøkelser som for eksempel blodprøver, BT, vektmåling og EKG – for å avdekke kontraindikasjoner som leverpåvirkning, endokrinologiske avvik eller QT-forlengelse (178;181;182).

Oppstart av medikamentell behandling skal gjøres i samråd med pasient og pårørende (3;31;182) og/eller fagansvarlig i bolig. Informert samtykke skal dokumenteres. Ved forskrivning utenfor godkjent indikasjon (*off-label*) bør forskriver informere pasient og/eller pårørende og tjenesteytere om dette, inkludert tilgjengelig dokumentasjon eller klinisk erfaring som ligger til grunn for behandlingsvalget (175;182).

Aktuelle legemidler og evidensgrunnlag for bruk omtales i vedlegg 1.

Epilepsi som komorbiditet

Atferd som utfordrer forekommer hyppig hos personer med epilepsi og utviklingshemming, og kan være del av den syndromale fenotypen ved genetiske tilstander som Dravet- eller Angelmans syndrom (192). Atferdsvansker kan også ha sammenheng med komorbide psykiske lidelser, FDS (functional (dissociative) seizures), samt psykiatriske bivirkninger av epilepsimedisiner. I tillegg kan epilepsirelaterte psykosesymptomer oppstå i ulike faser av sykdommen – før, under eller etter et epileptisk anfall (193). Behandling med psykofarmaka hos denne pasientgruppen representerer særlige utfordringer. Det foreligger risiko for redusert krampeterskel (gjelder antipsykotika), medikamentelle interaksjoner, samt

diagnostisk uklarhet der symptomer, virkning og bivirkninger kan overlappe og vanskeliggjøre klinisk vurdering (179;193;194).

Blant antidepressiva ser SSRI-preparater ikke ut til å øke anfallsfrekvens, og anses generelt som trygge i denne pasientgruppen (193). Ved behandling av ADHD, har metylfenidat vist god tolerabilitet hos pasienter med epilepsi i flere studier, mens det foreligger mer begrenset dokumentasjon for bruk av amfetamin og atomoksetin (193;194).

Bupropion i høye doser (over 450 mg), og antipsykotika (høyest risiko klorazepin, etterfulgt av olanzapin og quetiapin), er kjent for å kunne senke krampeterskelen hos ekstra utsatte pasienter. Det er derfor avgjørende å vurdere medikamentvalg og dosering nøye og følge pasienter over tid (193). Psykofarmaka forskrives under monitorering av effekten og eventuelle bivirkninger, og samlet livskvalitet (179;193). I behandling av atferd som utfordrer hos personer med epilepsi er det viktig med tverrfaglig samarbeid mellom psykiater og nevrolog, med mål om å skreddersy behandlingen ut fra både nevrologisk og psykiatrisk helhetsvurdering (60;182;194).

Lovverk for behandling med psykofarmaka til pasienter som mangler beslutningskompetanse

Pasienter som mangler beslutningskompetanse og har utfordrende atferd kan behandles med psykofarmaka. Pasientens tilstand og formålet med bruken av psykofarmaka vil være avgjørende for hvilket regelverk som kommer til anvendelse.

Dersom pasienten motsetter seg behandling, vil psykofarmaka for behandling av psykiske lidelser (eksempelvis en psykose) måtte hjemles i psykisk helsevernloven (195;196).

I de tilfeller pasienten ikke motsetter seg tiltaket kan pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) § 4-6 (31) hjemle bruk av psykofarmaka for behandling av psykiske lidelser. En forutsetning for dette er at pasienten ikke har en alvorlig sinnslidelse. Pbrl. § 4-6 er vedtatt endret. Dette medfører at man vil kunne gi helsehjelp etter pbrl. § 4-6 for psykiske lidelser også når pasienten har en alvorlig sinnslidelse⁴.

Når pasienten motsetter seg behandling, kan ikke pbrl. kap. 4A hjemle bruk av psykofarmaka for å behandle pasientens psykiske lidelse. Pbrl. kap. 4A gjelder for somatisk helsehjelp, men dersom psykofarmaka er nødvendig for å få gjennomført undersøkelse/behandling av en somatisk lidelse, og formålet med bruken av psykofarmaka er å få gjennomført undersøkelse/behandling av den somatiske lidelsen kan psykofarmaka gis etter pbrl. kap. 4A.

Fortsatt bruk av psykofarmaka for å behandle pasientens psykiske lidelse kan ikke hjemles i pbrl. kap. 4A.

Se kapittel 5.2.7 for ansvarsdeling og samarbeid rundt utredning og behandling av psykiske lidelser.

6.2 Samarbeid i saker med tvungen omsorg

Tvungen omsorg er en strafferettslig reaksjon som kan idømmes personer med utviklingshemming på grunn av at de har begått alvorlige lovbrudd. Det er Sentral fagenhet for tvungen omsorg som har det

⁴ Ikrafttredelse for lovendringen er 01.06.26, [Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. \(bedre beslutningsgrunnlag og behandling\)](#) - I - Lovdata

faglige, administrative og økonomiske ansvaret for gjennomføringen, og som veileder fagpersonene som følger opp særreaksjonen (197).

I enkelte saker med tvungen omsorg kan det være aktuelt med et samarbeid mellom fagenheten og habiliteringstjenesten rundt veiledning til bo- og omsorgstiltakene under dom. I de sakene hvor særreaksjonen oppheves eller er opphevet, vil det kunne være behov for veiledning fra habiliteringstjenesten.

Ressurser

- [Sentral fagenhet for tvungen omsorg \(stolav.no\)](http://stolav.no)
- [Forskrift om gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg \(lovdata.no\)](http://lovdata.no)
- [Sifer – sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri \(sifer.no\)](http://sifer.no)
- [Kriminalitet- Kunnskapsbanken \(naku.no\)](http://naku.no)
- Skyldig? Funksjonshemmedes møte med strafferettspleien (2023) Universitetsforlaget.

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

Atferd som utfordrer kan være av en slik karakter at det er nødvendig å benytte tvang og makt. Det må presiseres at tvang, makt og skadeavvergende tiltak kun er for å forhindre eller redusere vesentlig skade og ikke som behandling av atferd som utfordrer. Behandlingstiltak for å redusere atferd som utfordrer må derfor benyttes i tillegg til tiltak for å avverge vesentlig skade (28).

Selv om fysisk inngripende skadeavvergende tiltak kan være nødvendige, kan de også ha bivirkninger. Å bli holdt fast fysisk kan oppleves som svært belastende og inngripende, og for noen potensielt traumatiserende. Ved bruk av slike tiltak må man være oppmerksom på eventuelle atferdsendringer som en konsekvens av tiltakene, for eksempel økt uro/irritabilitet, økt lengde på holdesituasjonene eller negative endringer i humør. Personens reaksjoner på tiltakene bør alltid dokumenteres og være en del av evalueringen av vedtaket om bruk av tvang og makt.

Det er kommunen ved overordnet faglig ansvarlig (OFA) som har ansvar for å fatte vedtak etter hol. kap. 9 (9), og som har ansvar for opplæring av tjenesteytere i kommunen i fysisk håndtering av atferd (28). Spesialisthelsetjenesten er tillagt obligatorisk deltakelse i saker etter dette lovverket og skal bistå kommunen. Kommunen kan også be habiliteringstjenesten om opplæring og veiledning som et ledd i å redusere bruk av tvang og makt i tjenesteytingen (27).

7 EVALUERING

Evalueringsmøter med pasient / nærmeste pårørende og tjenesteytere (5;12).

7.1 Evaluering av behandling

I evaluering av behandling bør det vurderes om behandlingen har gitt ønsket effekt, for eksempel redusert forekomst av atferd som utfordrer, redusert bruk av tvang og makt, redusert voldsrisiko og bedring i funksjon, økt livskvalitet, selvstendighet og deltakelse i aktiviteter.

Vurdering av effekten av behandling bør basere seg på registreringer. Visuelle analyser av datapunktene fra baseline og tiltaksfase for forekomst av den utfordrende atferden vil kunne si noe om endring av atferden og om behandling bør fortsettes, justeres eller avsluttes (77). Det kan også vurderes bruk av standardiserte verktøy, som for eksempel Aberrant Behavior Checklist for å måle endringer i atferd (12).

Evalueringsmøter kan ta utgangspunkt i behandlingsplanen. I tillegg til effekt på behandling kan det også evalueres

- om mål og behandlingstiltak bør endres/justeres
- hvem som skal være ansvarlig for ulike behandlingstiltak
- i hvilken grad er behandlingen gjennomført i henhold til behandlingsplan/-prosedyrer
- pasientens / nærmeste pårørendes tilfredshet med behandlingen
- behovet for ytterligere utredning (3)

Ved oppdatering av behandlingsplanen, sørg for at pasient / nærmeste pårørende, tjenesteytere og annet helsepersonell som skal følge opp pasienten har en oppdatert versjon. I langvarige pasientforløp bør fastlege/henviser få en oppdatert behandlingsplan når endringer i tilstand og behandling tilsier det (4;198).

7.2 Evaluering av medikamentell behandling

Personer med utviklingshemming kan utvikle de samme bivirkningene av psykofarmaka som befolkningen for øvrig, og det henvises til Felleskatalogen og generelle psykiatriske lærebøker for en fullstendig oversikt (185;186;199). Imidlertid tilsier faglitteraturen at denne pasientgruppen, særlig med autismekomorbiditet, i tillegg har økt sårbarhet for bivirkninger og kan reagere med paradoksale eller uforutsigbare responser på medikamentell behandling (181;183;188;200).

Effekt og bivirkninger bør vurderes klinisk underveis. Hvis pasienten selv ikke i tilstrekkelig grad kan rapportere om effekt og eventuelle bivirkninger, vil det være nødvendig å innhente opplysninger fra tjenesteytere, andre behandlere eller pårørende (182). Tverrfaglig samarbeid mellom lege, andre behandlere og tjenesteytere, med aktiv medvirkning fra pasient og pårørende, skal også sikre vurdering av funksjon, livskvalitet og behandlingsmål (60;175). Bruk av grafiske fremstillinger av registreringer og/eller standardiserte kartlegginger, som for eksempel Aberrant Behavior Checklist-2 (ABC-2) (3) og UKU-SERS-ID observasjonsskalaen for bivirkninger, kan vurderes og være nyttige verktøy (201;202).

Etter 2–6 uker bør det gjennomføres en kontroll for å vurdere effekt av oppstartsdosen og eventuelle bivirkninger. Videre dosering (eller seponering) og behov for oppfølging planlegges på bakgrunn av klinisk status. Endelig vurdering av behandlingseffekt kan ta 3–24 måneder (3;174;176;183).

7.2.1 Sentrale bivirkninger

Bivirkninger kan komme sakte og bli gradvis mer uttalt gjennom år, som sikling, gangvansker, vektøkning osv. I vedlegg 2 gjennomgås sentrale bivirkninger med særlig relevans for pasienter med utviklingshemming og autisme.

7.2.2 Kartlegging av bivirkninger

Kartlegging av bivirkninger bør inkludere kliniske undersøkelser, slik som puls og blodtrykk (202). Hvis det er ønskelig med strukturert og detaljert bivirkningsoversikt er UKU-observasjonsskalaen for bivirkninger tilrettelagt for klinisk bruk. Den kan anvendes både som selvrapporteringsskjema eller gjennom strukturerte intervjuer med pasient, pårørende eller tjenesteytere. Skjemaet dekker psykiske, nevrologiske, autonome og øvrige bivirkninger. Det finnes en spesialtilpasset versjon for pasienter med utviklingshemming: UKU-SERS-ID (201;202).

7.2.3 Nedtrapping og seponering ved langtidsbruk av psykofarmaka

Ved oppstart av behandling hos nye pasienter står mange allerede på én eller flere psykofarmaka, ofte uten klar indikasjon dokumentert i journal. Det er viktig å vurdere hvorvidt medisinen fortsatt er nødvendige, særlig dersom bruken ikke kan knyttes til en kjent psykisk lidelse som psykose, bipolar lidelse, tvangslidelse eller alvorlige atferdsvansker (182). I fravær av tydelig indikasjon bør forsiktig nedtrapping eller seponering vurderes (203).

Ideelt sett burde samtidig miljøterapeutisk behandling unngås frem til effekten av medikamentendringer er evaluert (60). Selv om dette kan være utfordrende i praksis, er god kommunikasjon mellom faggrupper viktig for å planlegge rekkefølgen på behandlingstiltakene.

Det finnes lite systematisk empiri som kan støtte en evidensbasert nedtrapping av antipsykotika. Mangelen på kunnskap gjelder både når man skal trappe ned, dosereduksjon per nedtrappingstrinn og hva som bør føre til at man stopper eller reverserer nedtrappingen. Det foreslås likevel at man ved nedtrapping ikke bør fjerne mer enn 25–30 % av aktuell dose ved hvert trinn. Minste tablettstørrelse må seponeres i ett trinn. Det bør gå minst 2 måneder mellom hvert nedtrappingstrinn. Serumkonsentrasjonsmålinger kan være til hjelp for å forstå uventede reaksjoner (183).

Kortvarig forverring i form av uro eller agitasjon kan forekomme, men dersom dette er forbigående og tolerabelt, kan nedtrappingen fortsette. Ved vedvarende forverring over flere uker eller måneder, bør man vurdere å stabilisere dosen på laveste effektive nivå. Det kan være utfordrende å skille seponeringssymptomer fra tilbakefall, spesielt hos pasienter med kognitive vansker (183).

7.2.4 Seponeringssymptomer og spesielle hensyn

Nedtrapping/seponering kan utløse både ekstrapyramidale symptomer (som akatisi, parkinsonisme, dystoni og dyskinesier) (203) og abstinenssymptomer (som søvnforstyrrelser, uro, angst og agitasjon) (179;200). Det er viktig å vurdere legemiddelinteraksjoner, særlig om det seponerte legemiddelet er en CYP-induktor eller hemmer. Ved kolinerge abstinenssymptomer (obs. clozapin, olanzapin (188)) kan antihistaminer og/eller benzodiazepiner gis i nedtrappingsfasen (183;204).

Hos enkelte pasienter, særlig eldre med utviklingshemming som har brukt antipsykotika i flere tiår, kan seponering være vanskelig eller urealistisk på grunn av langvarige nevrobiologiske tilpasninger. I slike tilfeller bør man søke lavest mulig vedlikeholdsdose som ivaretar pasientens livskvalitet (182).

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 henvisning til spesialisthelsetjenesten kan være aktuelt på nytt (178).

Ressurser**Standardisert kartleggings skjema**

- Aberrant Behavior Checklist- 2 (ABC-2)

Kartlegging av bivirkninger

- [UKU SERS-ID manual og skåringsskjema \(oslo.universitetssykehus.no\)](https://oslo.universitetssykehus.no)
- [DIEPPS - Drug-Induced Extrapyrimalidal Symptoms Scale \(helsebiblioteket.no\)](https://helsebiblioteket.no)

Innmelding av bivirkninger

- [Melde.no](https://melde.no)

7.3 Evaluering av veiledning og samarbeid

Evaluering av veiledning og samarbeid mellom HAVO og aktuelle samarbeidsparter bør gjøres ved behov. Det kan i tillegg til de som har deltatt i samarbeidet være aktuelt å invitere beslutningstakere i kommune for å evaluere hvordan samarbeidet og oppgavefordelingen fungerer, og hvem som har ansvar for ulike behandlingstiltak.

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 HAVO skal videreføres eller avsluttes, eller om pasienten skal henvises til annen instans. Dersom det av ulike grunner vurderes nødvendig, kan veiledning og samarbeid beskrives i en ny og avgrenset avtale.

7.4 Forsvarlighet

Enkelte ganger kan HAVO oppleve at veiledningssamarbeidet med kommunen ikke bidrar til ønsket behandlingseffekt for pasienten, enten på grunn av manglende tjenestetilbud, eller at det ikke er tilstrekkelig med ressurser eller kompetanse. HAVO bør kommunisere tydelig til kommunene at de ikke kan følge opp og veilede der de vurderer at tilstrekkelige rammer ikke er på plass, eller pasientens tilbud er uforsvarlig.

Blir det vurdert at pasienten ikke mottar faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at det er fare for alvorlig skade på pasienten, sannsynlig forverring i helsetilstanden eller fare for pasientens sikkerhet (9), skal HAVO varsle kommune muntlig og skriftlig om dette. Dersom situasjonen ikke endrer seg raskt, skal tilsynsmyndighetene varsles (32;34;205).

Ressurser

- [Helsetilsynet.no](https://helsetilsynet.no)
- [Melde.no](https://melde.no)
- [Ukom.no](https://ukom.no)

8 AVSLUTNING OG VIDERE OPPFØLGING

Dersom det vurderes at det ikke er behov for ytterligere bistand fra HAVO, eller at målene i behandlingsplanen er nådd tilfredsstillende, avsluttes samarbeidet og behandling i HAVO. Det er viktig å avklare tidlig hvem og hvilke instanser i kommunen som følger opp behandling og veiledningen videre etter at HAVO har avsluttet henvisningsperioden og kontakten. Koordinerende enhet i kommunen skal være et sentralt koordineringspunkt for samarbeid på tvers av nivåer og sektorer (6).

8.1 Epikrise

HAVO skal skrive en oppsummerende tverrfaglig epikrise. Den bør gi informasjon om (4;113)

- personens diagnoser og når og hvor de er satt
- henvisningsgrunnlag og hvilke undersøkelser og utredninger som er gjort
- andre aktuelle rapporter
- personen funksjonsnivå, samtykkekompetanse, språk- og kommunikasjonsferdigheter, og eventuelle behov for kommunikasjonsstøtte
- utløsende og opprettholdende faktorer for atferden som utfordrer
- tiltak og behandling som er vurdert og/eller gjennomført, og henviser til hvor dette er beskrevet
- råd, informasjon, veiledning og behandling som er gitt fra HAVO
- bruk av eventuell tvang og makt jf. hol. kap. 9
- effekt av behandlingen
- årsak til avslutning, anbefalinger og forslag til videre oppfølging
- oppdatert legemiddelliste og medisinansvar (206)
- eventuell henvisning til andre instanser
- behov for lærings- og mestringstilbud (6)
- videre plan for oppfølging, behandling og kontroll, hvilke instanser som har ansvaret og hvilken behandling er aktuell ved forverring av tilstanden

Epikrisen sendes som hovedregel til pasient / nærmeste pårørende, fastlege / annen henviser, samt annet helsepersonell som trenger opplysninger for å gi videre behandling og oppfølging, med mindre pasient / nærmeste pårørende motsetter seg dette (4). I dialog med pasient eller nærmeste pårørende avklares det hvilke andre instanser som skal ha epikrisen tilsendt.

9 METODERAPPORT

Mandat og målgruppe

Utarbeidelsen av behandlingslinjen har vært et av tiltakene i Regional fagplan for habilitering i Helse Sør-Øst (1). Det overordnede målet har vært å utarbeide en behandlingslinje for utredning og behandling av voksne som er henvist, og er vurdert å ha rett til habilitering i spesialisthelsetjenesten, på grunn av moderate eller alvorlige atferdsvansker. Behandlingslinjen er ment veiledende for fagpersoner ansatt ved habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) i Helse Sør-Øst. Behandlingslinjen omhandler prosessen fra oppstart til utredning, behandling, evaluering og avslutning.

Det er valgt å benytte begrepet behandlingslinje som dokumenttype slik det er beskrevet av Helsebiblioteket (207).

Organisering og gjennomføring

Regional kompetansetjeneste for habilitering (RKHAB) har ledet arbeidet og er ansvarlig for innholdet i behandlingslinjen. Sjekklisten for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer er benyttet som veileder for utarbeidelsen. Fremgangsmåten er ikke fullstendig fulgt. For eksempel er det ikke gjort en kvalitetsvurdering av andre retningslinjer og systematiske oversiktsartikler, en gradering av anbefalinger eller vurdering av økonomiske konsekvenser av anbefalingene i behandlingslinjen (208).

En tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av fagpersoner fra alle helseforetakene i regionen har deltatt i arbeidet. Arbeidsgruppen har hatt tre møter i perioden juni 2024 til august 2025. Arbeidsgruppen har gitt skriftlige innspill til kapitler og utkast av behandlingslinjen, bidratt med utarbeidelse av enkelte tekster og gitt skriftlige og muntlige innspill til tekstene og anbefalingene.

Den tverrfaglige arbeidsgruppen har bestått av:

Amra Delic-Teskeredzic, psykiater, Akershus universitetssykehus
 Anders Solheim, vernepleier, Sykehuset Innlandet
 Bjørn Andre Torve, vernepleier MA, Sykehuset Innlandet
 Georg Hasse Oddvar de Lange, vernepleier, Sørlandet sykehus
 Ida Martine L'Orange Melby, MA, Akershus universitetssykehus
 Jutta Betty Josefine Rummel, nevrolog, Oslo universitetssykehus
 Kyrre Rutle Johansson, psykolog, Akershus universitetssykehus
 Laila Voldby Laursen, vernepleier MA, Vestre Viken HF
 Lene Schwanstrøm, vernepleier, Sykehuset Telemark
 Malin Alexandra Aaslund Eilertsen, vernepleier, Oslo universitetssykehus
 Merete Undeland, nevrolog, Vestre Viken HF
 Rune Hegge, vernepleier, Sykehuset i Vestfold
 Sigurbjörg Palsdottir, psykologspesialist, Sykehuset Østfold
 Trygve-Sigurd Amundsen, psykologspesialist, Sykehuset i Vestfold
 Vårin Glorvigen, vernepleier, Akershus universitetssykehus
 Asbjørg Berget, spesialpedagog, RKHAB/Sykehuset Innlandet

Fra RKHAB

Mari Østgaard, rådgiver
 Anett Olsen, rådgiver
 Elin Nøkleby Andreassen, rådgiver

Habilitet og interessekonflikter

Arbeidsgruppes medlemmer ble spurt om de hadde interessekonflikter i forbindelse med deltakelse i arbeidet. Ingen interesser som kunne ha konsekvenser for deltakelse i arbeidet ble meldt inn.

Brukermedvirkning

Representanter fra brukerorganisasjonene Autismeforeningen i Norge og Landsforbundet for Utviklingshemmede og Pårørende har gitt gode og viktige innspill til behandlingslinjen. Rekruttering av brukerorganisasjonene ble gjort ved å sende ut en henvendelse til ulike brukerorganisasjoner og som selv rekrutterte deltakere.

Andre som har bidratt underveis i arbeidet

Deltakerne i arbeidsgruppen har diskutert temaer i behandlingslinjen med kollegaer. RKHAB har også vært i kontakt med jurist ved OUS advokatkontor og Fagenheten for tvungen omsorg og fagpersoner med kjennskap til opplæringsprogrammet MAP (Møte med aggresjonsproblematikk), for å diskutere og avklare problemstillinger.

Kunnskapsgrunnlaget

Både forskning, kliniske erfaringer og brukererfaringer er lagt til grunn for arbeidet.

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført av bibliotekar ved medisinsk bibliotek ved Oslo universitetssykehus 14.03.2024. Søkord og søkehistorien er dokumentert.

Det ble søkt etter nasjonale og regionale faglige retningslinjer, veiledere, fagprosedyrer og pakkeforløp. Det ble søkt i databasene og ressursene: UpToDate, BMJ Best Practice, Nursing Reference Center, NICE Guidance, Guideline International Network, ECRI Guidelines Trust, Helsebiblioteket, Helsedirektoratet, Sosialstyrelsen, Sundhetsstyrelsen, Center for kliniske retningslinjer, Metodebok og MEDLINE.

Det ble søkt etter systematiske oversiktsartikler som ikke var eldre enn tre år i Cochrane Library, Epistemonikos, Folkehelseinstituttet, MEDLINE, PsycINFO og McMaster PLUS. Litteraturreffet på systematiske oversiktsartikler ble gjennomgått og screenet med verktøyet Rayyan. Utvelgelse av artikler basert på tittel og sammendrag ble blindscoret av to skårere basert på inkludering- og ekskluderingskriterier. Ved uenighet ble inkludering eller ekskludering diskutert til enighet. De systematiske oversiktsartiklene er sammen med aktuelt lovverk og ulike retningslinjer inkludert i kunnskapsgrunnlaget. Til flere av kapitlene var det behov for å supplere med annen faglitteratur.

Behandlingslinjen bygger på behandlingslinjen for barn og unge og enkelte tekster er hentet derfra. Behandlingslinjen for barn og unge er basert på prosedyrer, rutinebeskrivelser og behandlingslinjer som tidligere er utarbeidet ved enkelte av helseforetakene i regionen. Erfaringsbasert kunnskap fra fagpersoner og brukerkunnskap fra brukerrepresentantene er også inkludert.

Anbefalinger

Anbefalinger med «skal» eller «må» er brukt der kravene enten er lov- eller forskriftsfestet. «Bør» er brukt der anbefalingene er basert på kunnskap fra forskning, klinisk erfaring og brukererfaring. Kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene fremgår i de ulike kapitlene.

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) (3). Formulering av anbefalingene ble sendt ut og gjennomgått med arbeidsgruppen.

Høring

Utkast til behandlingslinjen var på høring til alle habiliteringstjenestene i regionen, i tillegg til ulike brukerorganisasjoner og andre relevante fagmiljøer, i perioden 02.10.25–14.11.25.

Det ble mottatt 10 høringssvar. Alle høringssvar ble gjennomgått på en systematisk måte av RKHAB.

Implementering

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

Plan for oppdatering

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

10 REFERANSER

1. Helse Sør-Øst. Fagplan habilitering [nettdokument]. Hamar: helse-sorost.no [oppdatert 11. september 2025; lest 30. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/behandling/habilitering/fagplan-habilitering/>
2. Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge (RHABU). Behandlingslinje for utredning og behandling av utfordrende atferd - hos barn og unge (0-18 år) med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse henvist habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten [PDF]. Oslo: Regional kompetansetjeneste for habilitering [oppdatert 12. januar 2023; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/4a69c5/contentassets/0f8b1493175849ff86e998c0d79a48ec/behandlingslinje-utfordrende-atferd-versjon-1.0.pdf>
3. National Institute for Health and Care Excellence. Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges (NG11) [nettdokument]. Manchester: NICE guidance [oppdatert 29. mai 2015; lest 30. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11>
4. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Sist endret i: LOV-2023-04-28-8. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
5. Helsedirektoratet. Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 17. oktober 2022; lest 23. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>
6. Helsedirektoratet. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 15. desember 2023; lest 30. juni 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
7. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder til lov om samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 4. juli 2023; lest 24. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak>
8. Helsedirektoratet. Koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 15. desember 2023; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/koordinator-i-kommunen-og-spesialisthelsetjenesten>
9. 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>
10. Emerson E, Einfeld SL. Challenging behaviour, Third edition. 3 utg. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
11. Willis TJ, LaVigna GW, Donnellan AM. The Behavior Assessment Guide. Los Angeles, California: Institute for Applied Behavior Analysis; 2011. Tilgjengelig fra: [The Behavior Assessment Guide](https://www.nice.org.uk/guidance/ng11/evidence/full-guideline-pdf-2311243668)
12. National Collaborating Centre for Mental Health. Challenging behavior and learning disabilities (ng 11)- full guideline. Methods, evidence and recommendations. [PDF]. Manchester: NICE guidance [oppdatert august 2020; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11/evidence/full-guideline-pdf-2311243668>
13. Collins J, Barnoux M, Langdon PE. Adults with intellectual disabilities and/or autism who deliberately set fires: A systematic review. Aggression and Violent Behavior 2021;56:101545. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101545>
14. Holden B. Utfordrende atferd og utviklingshemning- Atferdsanalytisk forståelse og behandling. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2016.
15. Stubrud LH. Regulering av emosjoner og atferd hos personer med utviklingshemming Oslo: psykologtidsskriftet.no [oppdatert 3. september 2016; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra:

- <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/09/regulering-av-emosjoner-og-atferd-hos-personer-med-utviklingshemning>
16. 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.
 17. 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.
 18. Tetzchner SV. Utfordrende atferd hos mennesker med lærehemning: betydning av kommunikasjon, boforhold og tjenester. Oslo: Gyldendal; 2003.
 19. van den Akker N, Kroezen M, Wieland J, Pasma A, Wolkorte R. Behavioural, psychiatric and psychosocial factors associated with aggressive behaviour in adults with intellectual disabilities: A systematic review and narrative analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2021;34(2):327–89. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12809>
 20. Araten-Bergman T, Bigby C. Violence Prevention Strategies for People with Intellectual Disabilities: A Scoping Review. *Australian Social Work* 2023;76(1):72–87. DOI: <http://doi.org/10.1080/0312407X.2020.1777315>
 21. Royston R, Naughton S, Hassiotis A, Jahoda A, Ali A, Chauhan U, et al. Complex interventions for aggressive challenging behaviour in adults with intellectual disability: A rapid realist review informed by multiple populations. *PLOS ONE* 2023;18(5):e0285590. DOI: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0285590>
 22. Baldor R. Primary care of the adult with intellectual and developmental disabilities [database]. UpToDate [oppdatert 15. november 2024; lest 30. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/2779>
 23. Flachsmeyer M, Sterkenburg P, Barrett B, Zaal S, Vonk J, Morisse F, et al. Scale of Emotional Development - Short: reliability and validity in adults with intellectual disability. *Journal of intellectual disability research : JIDR* 2023;67(10):1046–60. DOI: <https://doi.org/10.1111/jir.13080>
 24. de Witte M, Kooijmans R, Hermanns M, Hooren Sv, Biesmans K, Hermesen M, et al. Self-report stress measures to assess stress in adults with mild intellectual disabilities-A scoping review. *Frontiers in Psychology* 2021;12. DOI: <https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.742566>
 25. Tomsa R, Gutu S, Cojocaru D, Gutierrez-Bermejo B, Flores N, Jenaro C. Prevalence of Sexual Abuse in Adults with Intellectual Disability: Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource]* 2021;18(4):18. DOI: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18041980>
 26. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 6. august 2018; lest 10. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/henvisningsveileder>
 27. Helsedirektoratet. Prioriteringsveileder - habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 18. november 2025; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/habilitering-av-voksne-i-spesialisthelsetjenesten>
 28. Helsedirektoratet. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9 [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 1. oktober 2015; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/rettsikkerhet-ved-bruk-av-tvang-og-makt-overfor-enkelte-personer-med-psykisk-utviklingshemning>
 29. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 1. september 2025; lest 30. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
 30. Helsedirektoratet. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 13. mars 2024; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paerorendeveileder>

31. Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. Sist endret i: LOV-2023-06-02-17. Tilgjengelig fra: [Lovdata](#)
32. Helsedirektoratet. Helsepersonelloven med kommentarer [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 22. mai 2025; lest 30. september 2025]. 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. 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>
35. 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>
36. Helsedirektoratet. Helsepersonells taushetsplikt og opplysningsplikt [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 23. oktober 2024; lest 30. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/taushetsplikt-og-opplysningsplikt>
37. Helse Sør-Øst. Samvalg [nettdokument]. helse-sorost.no [oppdatert 14. mars 2025; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://samvalg.no/>
38. Helsedirektoratet. Kontaktleger i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-2466. Tilgjengelig fra: [Helsedirektoratet](#)
39. Nasjonalt kodenettverk. Kodeveileder habilitering barn/unge og voksne [PDF]. unn.no [oppdatert 28. oktober 2022; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.unn.no/48ecd1/contentassets/5c26915ff0c94002abed8d0cf8eaef20/kodeveiledere-habu-og-havo.pdf>
40. Direktoratet for e-helse. Kodeveiledning 2024. Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2023. IE-1131. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kodeveiledning-2024-regler-og-veiledning-for-klinisk-koding-i-spesialisthelsetjenesten/kodeveiledning-2024.pdf/_attachment/inline/c02549ea-5a3d-4c07-9628-593786883561:47264841609b87504bb5c7b36c9ba29769a736b7/Kodeveiledning%202024.pdf
41. Kildal E, Stadskleiv K, Boysen ES, Øderud T, Dahl IL, Seeberg TM, et al. Increased heart rate functions as a signal of acute distress in non-communicating persons with intellectual disability. Sci Rep 2021;11(1):6479. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-86023-6>
42. NORMEN. Normens veileder for bruk av video, lyd og bilde [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 4. februar 2021; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/normen/bruk-av-video-lyd-og-bilde>
43. Lonchamp S, Gerber F, Aubry J-M, Desmeules J, Kosel M, Besson M. Pain interventions in adults with intellectual disability: A scoping review and pharmacological considerations. European Journal of Pain 2020;24(5):875–85. DOI: <https://doi.org/10.1002/ejp.1547>
44. 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>
45. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 9. oktober 2024; lest 30. september 2025]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Sider/default.aspx>
46. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28. september 2022; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/legemiddelsamstemming-og-legemiddelgjennomgang>
47. Helse Sør-Øst. Et løft for habilitering-Fagplan for habiliteringstjenestene for barn, unge og voksne i Helse Sør-Øst [PDF]. Hamar: helse-sorost.no [oppdatert 6. september 2023; lest 28. januar 2025].

- Tilgjengelig fra: <https://www.helse-sorost.no/4a7068/siteassets/documents/styret/styremoter/2023/0929/105-2023-vedlegg-2-fagplan-habilitering-prosjektrapport.pdf>
48. Helsedirektoratet. Tannhelse - Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 13. mars 2025; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsefremmende-og-forebyggende-tannhelsetiltak-for-voksne-over-20-ar>
 49. Langøy EE, Aasgård IK, Ødegård A. Roller og forventninger i utakt? I: Halvorsen LJ, Båtevik FO, Folkestad B, Løvoll HS, Stokken R, red. Samarbeid Fjordantologien 2024: Universitetsforlaget; 2024. s. 186–202.
 50. Kildahl AN, Hellerud JMA, Halvorsen MB, Helverschou SB. The Aberrant Behavior Checklist in a Clinical Sample of Autistic Individuals with Intellectual Disabilities and Co-Occurring Mental Health Problems: Psychometric Properties, Factor Structure, and Longitudinal Measurement Invariance. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06697-5>
 51. Beukelman DR, Light JC. Augmentive & Alternative Communication. Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs. 5 utg. Baltimore, USA: Brookes; 2020.
 52. 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>
 53. Statped. "Hvem gjør hva?"-på ASK-området [PDF]. Kongsberg: knowme.no [lest 23. januar 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.knowme.no/wp-content/uploads/2021/10/statped_ask-hvem-gjor-hva.pdf
 54. 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
 55. Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge (RHABU). Regional retningslinje for diagnostisering av voksne ved spørsmål om utviklingshemming [PDF]. Oslo: Regional kompetansetjeneste for habilitering [oppdatert mai 2021; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/495ddb/contentassets/9e860ee93ef944f9a0035a20181bbf04/regional-retningslinje-for-diagnostisk-utredning-av-voksne-ved-sporsmal-om-utviklingshemming---mai-2021.pdf>
 56. Maguire E, Mulryan N, Sheerin F, McCallion P, McCarron M. Autism spectrum disorder in older adults with intellectual disability: a scoping review. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2022;39(3):287–300. DOI: <https://dx.doi.org/10.1017/ipm.2021.65>
 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. Powers BM, Patterson F, Freedman BH, Healy S. Correlates of anxiety among adults with intellectual disability: A systematic literature review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* 2022;15(4):285–305. DOI: <https://dx.doi.org/10.1080/19315864.2022.2111736>
 59. Deb S, Perera B, Krysta K, Ozer M, Bertelli M, Novell R, et al. The European guideline on the assessment and diagnosis of psychiatric disorders in adults with intellectual disabilities. *The European Journal of Psychiatry* 2022;36(1):11–25. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejpsy.2021.10.002>
 60. 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 [PDF]. Oslo: Regional kompetansetjeneste for habilitering [oppdatert 25. august 2022; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/48d928/contentassets/d7d98c1a5d3240b392cfb44eaf45e437/rapport---god-psykisk-helse-for-alle.pdf>

61. Karlsen K, Munkhaugen EK, Fossum HK, Bakken TL, Kildahl AN. Mental Health Services for Adults With Intellectual Disabilities: A Qualitative Study of Patient Characteristics, Associated Factors and Consequent Needs for Adaptation in Assessment and Treatment. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2025;38(1):e13315. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.13315>
62. Helsedirektoratet. Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 18. november 2025; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
63. Helsedirektoratet. Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28. oktober 2024; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne>
64. Helse Sør-Øst. Regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling [nettdokument]. Hamar: helse-sorost.no [oppdatert 7. august 2024; lest 13. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/behandling/psykisk-helsevern/innsatsomrader/>
65. Halvorsen M, Kildahl AN, Helverschou SB. Mental health in people with intellectual and developmental disabilities. I: Valdovinos MG, red. *Intellectual and developmental disabilities- A dynamic systems approach*. Des Moines, IA, USA: Springer; 2024. s. 233–53.
66. Chan WMR, Bhandarkar R. Suicidality and Intellectual Disability: A Systematic Review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* 2025;18(1):136–58. DOI: <https://doi.org/10.1080/19315864.2024.2397403>
67. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 15. april 2024; lest 23. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/selvmordsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tsb>
68. 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>
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: Hogrefe; 2022.
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. Barrett BF, Wehmeyer M, Kolb J, Ostermann T, Sappok T. Impact of the emotional development approach on psychotropic medication in adults with intellectual and developmental disabilities: a retrospective clinical analysis. *Journal of Intellectual Disability Research* 2024;68(8):941–53. DOI: <https://doi.org/10.1111/jir.13136>
73. Sappok T, Budczies J, Dziobek I, Bölte S, Dosen A, Diefenbacher A. The Missing Link: Delayed Emotional Development Predicts Challenging Behavior in Adults with Intellectual Disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2014;44(4):786–800. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1933-5>
74. Orm S, Løkke JA. Emosjonsregulering for personer med kognitive funksjonsnedsettelse: et forsømt område. I: Haugland S, Berge U, Gjermestad A, Høium K, Løkke JA, red. *Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget; 2022. s. 411–28.
75. Leirvoll RT, Høye IO, Bakken TL. Emosjonelt utviklingsnivå hos personer med utviklingshemming. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 2025;62(6):336–41. DOI: <https://doi.org/10.52734/DKAD6560>
76. Hermann H, Berndt N, Lytochkin A, Sappok T. Behavioural phenomena in persons with an intellectual developmental disorder according to the level of emotional development. *Journal of Intellectual Disability Research* 2022;66(5):483–98. DOI: <https://doi.org/10.1111/jir.12930>

77. Cooper JO, Heron TE, Heward WL. Applied behavior analysis. 3. utg. Harlow: Pearson Education Limited; 2020.
78. Ottersen K-O, Bech H. Utarbeidelse av standardiserte lister over stimuli som kan brukes til kartlegging av forsterkere hos personer med alle grader av utviklingshemming. Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse 2008;35(4):179–90.
79. Gur A. Challenging behavior, functioning difficulties, and quality of life of adults with intellectual disabilities. Int J Dev Disabil 2016;64(1):45–52. DOI: <https://doi.org/10.1080/20473869.2016.1221233>
80. Folkehelseinstituttet. Subjektiv livskvalitet i Norge: Nivå og fordeling Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 10. desember 2025; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: [Folkehelseinstituttet](https://www.folkehelseinstituttet.no)
81. Berge UIW. Positiv atferdsstøtte - et rammeverk som forplikter [PDF]. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse [oppdatert 2023; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/pas_19des_digitalutgave-pdf
82. Borawska Charko M, Rohleder P, Finlay W. The Sexual Health Knowledge of People with Intellectual Disabilities: a Review. Sexuality Research and Social Policy 2017;14. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0267-4>
83. Jahoda A, Pownall J. Sexual understanding, sources of information and social networks; the reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers. Journal of Intellectual Disability Research 2014;58(5):430–41. DOI: <https://doi.org/10.1111/jir.12040>
84. McCabe MP, Cummins RA, Deeks AA. Construction and psychometric properties of sexuality scales: sex knowledge, experience, and needs scales for people with intellectual disabilities (SexKen-ID), people with physical disabilities (SexKen-PD), and the general population (SexKen-GP). Research in Developmental Disabilities 1999;20(4):241–54. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(99\)00007-4](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(99)00007-4)
85. Murphy GH, O'Callaghan A. Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships. Psychological Medicine 2004;34(7):1347–57. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291704001941>
86. Lafferty A, McConkey R, Taggart L. Beyond friendship: the nature and meaning of close personal relationships as perceived by people with learning disabilities. Disability & Society 2013;28:1074–88. DOI: <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.758030>
87. Eastgate G, Scheermeyer E, van Driel M, Lennox N. Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention: A study of family members and support workers. Australian family physician 2012;41:135–9.
88. Sullivan P, Knutson J. Maltreatment and Disabilities: A Population-Based Epidemiological Study. Child abuse & neglect 2000;24:1257–73. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00190-3)
89. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C, et al. Disabling Conditions and Registration for Child Abuse and Neglect: A Population-Based Study. Pediatrics 2005;116:609–13. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1882>
90. Latvala A, Tideman M, Søndena E, Larsson H, Butwicka A, Fazel S, et al. Association of intellectual disability with violent and sexual crime and victimization: a population-based cohort study. Psychological Medicine 2022;53:1–9. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291722000460>
91. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 23. februar 2024; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
92. Haggag KJ, Larsen FK. Demensutredning av personer med utviklingshemming. I: Rønqvist TK, Wagle J, Wilson K, red. Utvidet demensutredning- En håndbok. Tønsberg: Forlaget aldring og helse-Akademisk; 2020. s. 81–8. Tilgjengelig fra: https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/haandbok-utvidet-demensutredning-a4_2020_651-7_interaktiv1.pdf
93. de Leeuw MJ, Oppewal A, Elbers RG, Knulst MWEJ, van Maurik MC, van Bruggen MC, et al. Healthy Ageing and Intellectual Disability study: summary of findings and the protocol for the 10-year follow-up study. BMJ Open 2022;12(2):e053499. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053499>
94. Larsen FK, Medbøen IT, Langballe EM. Den noske Downs syndrom og demensstudien [PDF]. Tønsberg: Aldring og helse [oppdatert 2021; lest 28. januar 2026]. 6:[38–45]. Tilgjengelig fra:

- <https://www.aldringoghelse.no/wp-content/uploads/2022/01/ergoterapeuten-nr-6-2021-den-norske-downs-demens.pdf>
95. Lewis F, Hinson-Raven M, Saraswat C, Cruden-Smith L, Blunstone R, Bonnici-Mallia AM. Dementia in people with Down syndrome. *InnovAiT* 2023;16(5):236–41. DOI: <https://doi.org/10.1177/17557380231153674>
 96. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). Rus: Forskning [nettdokument]. Trondheim: naku.no [oppdatert 8. februar 2024; lest 18. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://naku.no/kunnskapsbanken/rus-forskning>
 97. Helsedirektoratet. Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28. oktober 2024; lest 18. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb>
 98. Viken K. Atferdsanalytisk miljøbehandling: struktur og kvalitet i tilrettelagte tjenester. Oslo: Gyldendal; 2018.
 99. 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.
 100. Halvorsen M, Myrbakk E, Martinussen M. Måleegenskaper ved den norske versjonen av Aberrant Behavior Checklist (ABC) [nettdokument]. Oslo: PsykTestBarn [oppdatert 2015; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://psyktestbarn.r-bup.no/no/artikler/abc-aberrant-behavior-checklist>
 101. 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.
 102. 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.
 103. Strømgren B. Multimodal Funksjonell Kartlegging: En kontekstuell tilnærming til analyse og behandling av utfordrende atferd. *Norsk Tidsskrift for atferdsanalyse* 2014;41(1):103–9.
 104. 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.
 105. 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>
 106. 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>
 107. 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>
 108. 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.
 109. 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.
 110. Holden B. Funksjonelle analyser av problematferd. En introduksjon. *Norsk Tidsskrift for atferdsanalyse* 2013;40(2):121–32.
 111. Helsedirektoratet. Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 25. april 2018; lest 30. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>
 112. Sifer. BVC- Brøseth Violence Checklist: sifer.no [oppdatert 28. januar 2026; lest 29. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.sifer.no/verktoy/#bvc---broseth-violence-checklist>
 113. Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). FOR-2019-03-01-168. Sist endret i: FOR-2021-10-08-2958. Tilgjengelig fra: [Lovdata](#)

114. Kommunesektorens interesseorganisasjon. Hva er viktig for deg? [nettdokument]. Oslo: ks.no [lest 18. desember 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/gode-pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg/>
115. Bakken TL, Munkhaugen EK, Fossum HK. Døgnbehandling i psykisk helsevern til personer med utviklingshemming og psykisk lidelse- et knapphetsgode. SOR rapport 2019;6:28–33.
116. Wickstrom J, Dell'Armo K, Salzman E, Hooker JL, Delehanty A, Bishop S, et al. Systematic Review: Recommendations for Rehabilitation in ASD and ID From Clinical Practice Guidelines. Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation 2021;3(3):100140. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.arrct.2021.100140>
117. Den norske legeforening. Retningslinje for smertelindring [PDF]. Oslo: legeforeningen.no [oppdatert 3. april 2009; lest 23. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindring-shefte-retningslinjer.pdf>
118. Helsedirektoratet. Nasjonalt pasientforløp for langvarige og sammensatte smertetilstander [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 7. april 2025; lest 23. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/smerte>
119. Regional kompetansetjeneste for smerte. Smertebehandling- Langvarige smerter [nettdokument]. metodebok.no [oppdatert 3. januar 2025; lest 23. april 2025]. Tilgjengelig fra: [Metodebok](#)
120. Bjorvatn B. Søvnhygiene - gode råd ved søvnproblemer [nettdokument]. Bergen: helse-bergen.no [oppdatert november 2024; lest 30. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovn-og-sovnsykdommer/sovnhygiene---gode-rad-ved-sovnproblemer/>
121. Nasjonalt senter for søvnmedisin (SOVno). Søvn og søvnsykdommer [nettdokument]. Bergen: helse-bergen.no [oppdatert 30. september 2025; lest 3. juni 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovn-og-sovnsykdommer/>
122. 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.
123. Holden B. Psykiske lidelser og utviklingshemning: atferdsanalytisk forståelse og behandling. Oslo: Gyldendal; 2008.
124. Berge U. Aktiv Støtte. I: Haugland S, Berge U, Gjermestad A, Høium K, Løkke JA, red. Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 2022.
125. Gacek M, Smoleń T, Pilecka W. Consequences of Learned Helplessness and Recognition of the State of Cognitive Exhaustion in Persons with Mild Intellectual Disability. Adv Cogn Psychol 2017;13(1):42–51. DOI: <https://doi.org/10.5709/acp-0205-6>
126. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). Aktiv støtte [nettdokument]. Trondheim: naku.no [oppdatert 17. desember 2025; lest 13. januar 2026]. Tilgjengelig fra: [Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming \(NAKU\)](#)
127. Nasjonalt senter for sjeldne diagnosere-Enhet Frambu. Energiøkonomisering og aktivitetsprioritering [nettdokument]. Siggerud: frambu.no [oppdatert desember 2019; lest 29. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://frambu.no/tema/energiokonomisering/>
128. 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>
129. Garrels V. Å strukturere hverdagsaktiviteter gjennom bruk av TEACCH. I: Haugland S, red. Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 2022. s. 154–70.
130. Lov om grunnskolen og den videregående 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>
131. Statped. Alternativ og supplerende kommunikasjon [nettdokument]. statped.no [lest 29. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.statped.no/tiltak-og-tilrettelegging/alternativ-og-supplerende-kommunikasjon/>
132. Kommunikasjonshjelpemidler [nettdokument]. nav.no [lest 13. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://finnhjelpemiddel.nav.no/rammeavtale/1f74afc7-9740-41cc-8648-cd942c392d42>

133. 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>
134. 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.
135. 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>
136. National Institute for Health and Care Excellence. Learning disability: identifying and managing mental health problems (QS142) [nettdokument]. Manchester: NICE guidance [oppdatert 10. januar 2017; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs142>
137. Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse. Tilgang til psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemning. En rapport med anbefalinger. Asker: Oslo Universitetssykehus [oppdatert 13. februar 2024; lest 17. desember 2025]. Tilgjengelig fra: [https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-utviklingshemning-og-psykisk-helse/nyhetartikkel-tup/](https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-utviklingshemning-og-psykisk-helse/nyhetartikkel-tup/tjenester/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-utviklingshemning-og-psykisk-helse/nyhetartikkel-tup/)
138. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder (NG116) [nettdokument]. Manchester: NICE guidance [oppdatert 5. desember 2018; lest 29. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
139. National Institute for Health and Care Excellence. Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management (NG 54) [nettdokument]. Manchester: NICE guidance [oppdatert 14. september 2016; lest 29. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54>
140. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management (NG 222) [nettdokument]. Manchester: NICE guidance [oppdatert 29. juni 2022; lest 5. august 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
141. Sappok T, Hassiotis A, Bertelli M, Dziobek I, Sterkenburg P. Developmental Delays in Socio-Emotional Brain Functions in Persons with an Intellectual Disability: Impact on Treatment and Support. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(20). DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192013109>
142. Zaal S, Boerhave M. Emotional development-Description of phases and corresponding guidance style [PDF]. Amsterdam: cordaan.nl [oppdatert februar 2022; lest 29. april 2025]. Tilgjengelig fra: https://a.storyblok.com/f/257483/x/a60758e333/brochure_eo_engels_13-09_losse_paginas_1.pdf
143. Sturmey P, Didden R. *Evidence-based practice and intellectual disabilities*. Chichester, West Sussex, Malden, MA: Wiley Blackwell; 2014.
144. 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>
145. 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>
146. Holden B, Finstad J. *Atferdsavtaler: et hjelpemiddel for å velge hensiktsmessig atferd*. Oslo: Gyldendal; 2010.
147. Vandbakk M, Steingrimsdottir HS, Finstad J. Økt utføring av hverdagsaktiviteter gjennom atferdsavtaler. *Norsk Tidsskrift for atferdsanalyse* 2019;46(1):15–28.
148. Bakken TL. Psykoedukasjon til personer med utviklingshemning [nettdokument]. Trondheim: naku.no [oppdatert 24. juni 2022; lest 25. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://naku.no/kunnskapsbanken/psykoedukasjon-til-personer-med-utviklingshemning>
149. Bowman-Perrott L, Gilson C, Boon RT, Ingles KE. Peer-Mediated Interventions for Students with Intellectual and Developmental Disabilities: A Systematic Review of Reviews of Social and Behavioral Outcomes. *Developmental neurorehabilitation* 2023;26(2):134–54. DOI: <https://dx.doi.org/10.1080/17518423.2023.2169878>
150. Gundersen K. *AART: en metode for trening i sosial kompetanse*. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.

151. Graser J, Göken J, Lyons N, Ostermann T, Michalak J. Cognitive-Behavioral Therapy for Adults With Intellectual Disabilities: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Science and Practice* 2022;29. DOI: <https://doi.org/10.1037/cps0000077>
152. Prior D, Win S, Hassiotis A, Hall I, Martiello MA, Ali AK. Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;2(2):Cd003406. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003406.pub5>
153. Cardenas YEG, Malt EA. Kognitiv atferdsterapi for angst, depresjon og sinnevansker hos personer med utviklingshemming. [PDF]. Oslo: stiftelsenor.no [oppdatert august 2018; lest 6. mars 2025]. Tilgjengelig fra: [Stiftelsen Sor](https://stiftelsenor.no)
154. Dagnan D, Taylor L, Burke C-K. Adapting cognitive behaviour therapy for people with intellectual disabilities: an overview for therapist working in mainstream or specialist services. *The Cognitive Behaviour Therapist* 2023;16:e3. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1754470X22000587>
155. Hassiotis A, Serfaty M, Azam K, Martin S, Strydom A, King M. A manual of cognitive behaviour therapy for people with learning disabilities and common mental disorders. Therapist version [PDF]. London: Camden & Islington NHS Foundation Trust and University College [oppdatert 2012; lest 18. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ucl.ac.uk/psychiatry/sites/psychiatry/files/cbt-id-manual.pdf>
156. Cooney P, Tunney C, O'Reilly G. A systematic review of the evidence regarding cognitive therapy skills that assist cognitive behavioural therapy in adults who have an intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil* 2018;31(1):23–42. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12365>
157. Roberts L, Kwan S. Putting the C into CBT: Cognitive challenging with adults with mild to moderate intellectual disabilities and anxiety disorders. *Clin Psychol Psychother* 2018;25(5):662–71. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2196>
158. Leonard M, Hackett S. AIM3 utredningsmodellen. Utredning av ungdom og Skadelig Seksuell Atferd (SSA). Norsk versjon 2020.
159. Worling JR. PROFESOR - Protective + Risk observations for eliminating sexual offense recidivism. Norsk oversettelse [PDF]. Oslo: rvtsvest.no [oppdatert 2020; lest 28. januar 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.rvtsvest.no/4994e2/siteassets/dokumenter-og-bilder/ressursside-for-profesor/profesor_norsk_2020.pdf
160. Boer DP, Haaven JL, Lambrik F, Lindsay WR, McVilly KR, Sakdalan J, et al. ARMIDILO-the assessment of risk and management of individuals with developmental and intellectual limitations who offend [nettdokument]. armidilo.net [oppdatert 20. oktober 2013; lest 29. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.armidilo.net/>
161. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 26. februar 2025; lest 23. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helse-og-rusarbeid-for-voksne>
162. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). Rus: Lovverk og statlige føringer [nettdokument]. Trondheim: naku.no [oppdatert 17. januar 2025; lest 1. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: [NAKU - Kunnskapsbanken](https://naku.no/kunnskapsbanken)
163. Mullins LE, Scott V, Cox AD. Training programme for community service providers who support adults with intellectual disabilities: A systematic quantitative literature review of single-case research. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2023;36(6):1191–205. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/jar.13152>
164. Martin A, Tyrrell S, Honey E, Rodgers J, Ingham B. What promotes transfer of staff training related to challenging behavior displayed by adults with intellectual disabilities? *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 2022;19(2):128–52. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/jppi.12393>
165. Bjønnum S, Myklebustad H. Veileder. Forebygging og håndtering av aggresjon og vold i tjenester til personer med utviklingshemming [PDF]. Oslo: Stiftelsen SOR [oppdatert 2017; lest 17. januar 2026]. Tilgjengelig fra: https://naku.no/sites/default/files/kba_uploads/veileder_-_forebygging_og_handtering_av_aggresjon_og_vold_sor_net.pdf

166. 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>
167. 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.
168. National Institute for Health and Care Excellence. Learning disabilities and behaviour that challenges: service design and delivery (NG 93) [nettdokument]. Manchester: NICE guidance [oppdatert 28. mars 2018; lest 17. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng93>
169. 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.
170. Eskeland LP, Mikkelsen E. SPELL. I: Haugland S, Berge U, Gjermestad A, Høium K, Løkke JA, red. Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 2022.
171. 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.
172. Helse og omsorgsdepartementet. Vi-de pårørende. Regjeringens pårørende strategi og handlingsplan 2021-2025 [PDF]. Oslo: regjeringen.no [oppdatert november 2020; lest 23. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
173. Helse Sør-Øst. Pasient- og pårørendeopplæring [nettdokument]. Hamar: helse-sorost.no [oppdatert 23. juni 2025; lest 1. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdag/vare-hovedoppgaver/pasient-og-parorendeopplering/>
174. Pascucci A, Gerber F, Besson M, Kosel M. Antipsychotic medication for behaviors that challenge in individuals with intellectual disabilities: a clinically informed review. *Front Psychiatry* 2025;16:1609408. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1609408>
175. Laermans P, Morisse F, Lombardi M, Gerard S, Vandevelde S, de Kuijper G, et al. Aligning quality of life and guidelines for off-label psychotropic drugs in adults with intellectual disabilities and challenging behaviour. *International Journal of Developmental Disabilities* 2023;69(3):398–413. DOI: <https://dx.doi.org/10.1080/20473869.2023.2195721>
176. National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management (CG142) [nettdokument]. Manchester: NICE guidance [oppdatert 14. juni 2021; lest 22. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142>
177. Campos-Jara R, Martínez-Salazar C, Campos-Jara C, Fernández JM, Martínez-García D, Contreras-Osorio F. Pharmacological treatment for challenging behavior in adults with intellectual disability: Systematic review and meta-analysis. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health* 2024;17(4):231–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2023.01.003>
178. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd om bruk av psykofarmaka hos barn og unge [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 7. september 2022; lest 30. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykofarmaka-bruk-hos-barn-og-unge#apiUrl>
179. Myhr RN. Medikamenter i Barne- og ungdomspsykiatri [PDF]. Oslo: legeföreningen.no [oppdatert april 2018; lest 22. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeföreningen.no/contentassets/b43c8dc417ff4957a82366e4c285bcc0/medikamenter-i-barne-og-ungdomspsykiatri-2018.pdf>
180. Fuentes J, Hervás A, Howlin P. ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021;30(6):961–84. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>
181. Hale LW, Harris HK. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Pharmacologic interventions [database]. UpToDate [oppdatert 8. oktober 2024; lest 22. april 2025]. Tilgjengelig fra: [UpToDate](https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-pharmacologic-interventions)
182. Deb S, Kwok H, Bertelli M, Salvador-Carulla L, Bradley E, Torr J, et al. International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with

- intellectual disabilities. *World Psychiatry* 2009;8(3):181–6. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00248.x>
183. Bramness JG, Castberg I, K.M. H, Johnsen E, Korken RA, Røssberg JI, et al. Kliniske råd for nedtrapping og seponering av antipsykotiske legemidler [PDF]. Oslo: Norsk psykiatrisk forening [oppdatert 21. februar 2020; lest 22. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/f24b68816f28466fbb2c31f1ed6a0cce/kliniske-rad-for-nedtrapping-av-psykotrope-legemidler-r1-utentc-1-2.pdf>
 184. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 5. utg.: Cambridge University Press; 2021.
 185. Melle I, Malt EA, Malt UF, Andreassen OA. *Lærebok i psykiatri: basisversjon*. 1. utg. Oslo: Gyldendal; 2020.
 186. Andreassen OA, Malt UF, Melle I. *Lærebok i psykiatri: spesialistversjon*. 5. utg. Oslo: Gyldendal; 2026.
 187. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013;382(9896):951–62. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60733-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60733-3)
 188. Reiter L, Stenberg-Nilsen H, Økland HG. Bruk av legemidler med antikolinerg virkning hos eldre. *Tidsskriftet Norsk legeforening* 2021;141(6). DOI: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0775>
 189. Bakken TL, red. *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming: forståelse og behandling*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2020.
 190. Luykx JJ, Correll CU, Manu P, Tanskanen A, Hasan A, Tiihonen J, et al. Pneumonia Risk, Antipsychotic Dosing, and Anticholinergic Burden in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2024;81(10):967–75. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.1441>
 191. Tiihonen J, Taipale H. The challenges of antipsychotic polypharmacy. *The Lancet Psychiatry* 2024;11(12):945–6. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00367-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00367-5)
 192. van Ool JS, Snoeijen-Schouwenaars FM, Tan IY, Jurgen Schelhaas H, Aldenkamp AP, Hendriksen JGM. Challenging behavior in adults with epilepsy and intellectual disability: An analysis of epilepsy characteristics. *Epilepsy & Behavior* 2018;86:72–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.06.028>
 193. Mula M. Impact of psychiatric comorbidities on the treatment of epilepsies in adults. *Expert Rev Neurother* 2023;23(10):895–904. DOI: <https://doi.org/10.1080/14737175.2023.2250558>
 194. Mula M. Epilepsy and Psychiatric Comorbidities: Drug Selection. *Current Treatment Options in Neurology* 2017;19(12):44. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11940-017-0483-0>
 195. Befring AK. *Helseretten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2022.
 196. *Psykisk helsevernloven*. LOV-1999-07-02-62. Sist endret i: LOV-2022-12-20-115. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
 197. Sentral fagenhet til tvungen omsorg. Dom til tvungen omsorg [nettdokument]. stolav.no [oppdatert 19. februar 2025; lest 10. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.stolav.no/avdelinger/psykisk-helsevern/klinikk-psykisk-helsevern-allmenn-rehabilitering-og-sikkerhet/avdeling-for-sikkerhets-fengsels-og-rettsspsykiatri/sentral-fagenhet-for-tvungen-omsorg/dom-til-tvungen-omsorg>
 198. Christersson P. Epikriser til nytte og besvær [nettdokument]. Oslo: legeforeningen.no [oppdatert 12. oktober 2020; lest 23. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/rogaland/syd-vesten-artikler/2020/epikriser-til-nytte-og-besvar/>
 199. Felleskatalogen [nettdokument]. Oslo: Felleskatalogen [lest 30. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin>
 200. Part VII Psychopharmacology for ASD and Pervasive Developmental Disabilities. I: Matson JL, Sturmey P, red. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder*. New York, NY, USA: Springer; 2022. s. 1099–280. Tilgjengelig fra: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-88538-0>
 201. Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk helse. UKU - SERS-ID Observasjonsskala for bivirkninger, manual og skåringsskjema Oslo: oslo-universitetssykehus.no [oppdatert 5. august 2025; lest 7. august 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-utviklingshemning-og-psykisk-helse/nyhet-uku-sers-id/>

202. Bakken TL, Hellerud JMA, Skaale SE, Augustin M, Elvehaug A-H. The use of the UKU side effect rating scale for adults with intellectual disabilities in a clinical sample. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities* 2025;19(1):1–11. DOI: <https://doi.org/10.1108/AMHID-05-2024-0015>
203. Adams D, Hastings RP, Maidment I, Shah C, Langdon PE. Deprescribing psychotropic medicines for behaviours that challenge in people with intellectual disabilities: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2023;23(1):202. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-022-04479-w>
204. Persico AM, Ricciardello A, Lamberti M, Turriziani L, Cucinotta F, Brogna C, et al. The pediatric psychopharmacology of autism spectrum disorder: A systematic review - Part I: The past and the present. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2021;110:110326. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110326>
205. Helse- og omsorgsdepartementet. TilsynsmyndigheteneOslo: regjeringen.no [oppdatert 2. juli 2024; lest 23. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/helse--og-sosialpersonell/innsikt/tilsyn/id481901/>
206. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. FOR-2008-04-03-320. Sist endret i: FOR-2022-06-02-977. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2008-04-03-320>
207. Eggen R, Røsvik AH. Hva er forskjellen på veileder, retningslinje, behandlingslinje og pasientforløp? [nettdokument]. Oslo: Helsebiblioteket [oppdatert 6. september 2022; lest 30. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/hva-er-forskjellen-pa-veileder-retningslinje-behandlingslinje-og-pasientforlop>
208. Helsedirektoratet. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer [PDF]. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1870. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>
209. U.S. Food and Drug Administration. Approval for Risperdal (Risperidone) in Treatment of the Irritability Associated with Autistic Disorder [PDF]. Maryland: fda.gov [oppdatert 6. oktober 2006; lest 19. januar 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2006/020272Orig1s036,s041,020588Orig1s024,s028,s029,21444Orig1s008,s015.pdf
210. Iffland M, Livingstone N, Jorgensen M, Hazell P, Gillies D. Pharmacological intervention for irritability, aggression, and self-injury in autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023;(10). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011769.pub2>
211. Bristol Myers Squibb. U.S. Food and Drug Administration Approves ABILIFY® (aripiprazole) for the Treatment of Irritability Associated with Autistic Disorder in Pediatric Patients (Ages 6 to 17 Years) Princeton, New Jersey: news.bms.com [oppdatert 20. november 2009; lest 19. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://news.bms.com/news/details/2009/US-Food-and-Drug-Administration-Approves-ABILIFY-aripiprazole-for-the-Treatment-of-Irritability-Associated-with-Autistic-Disorder-in-Pediatric-Patients-Ages-6-to-17-Years/default.aspx>
212. Malone RP, Delaney MA, Hyman SB, Cater JR. Ziprasidone in adolescents with autism: an open-label pilot study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17(6):779–90. DOI: <https://doi.org/10.1089/cap.2006.0126>
213. Malt UF, Nystad R, Bache T, Noren O, Sjaastad M, Solberg KO, et al. Effectiveness of Zuclopenthixol Compared with Haloperidol in the Treatment of Behavioural Disturbances in Learning Disabled Patients. *British Journal of Psychiatry* 1995;166(3):374–7. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.166.3.374>
214. Weidle B, Chaulagain A, Stensen K, Aleksic B, Skokauskas N, Inada T. Drug-Induced Extrapyrmidal Symptoms Scale of the Norwegian version: inter-rater and test–retest reliability. *Nordic Journal of Psychiatry* 2019;73(8):546–50. DOI: <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1665708>
215. Norsk helseinformatikk AS. Litium [nettdokument]. Trondheim: nhi.no [oppdatert 25. november 2025; lest 24. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/legemidler/litium>

VEDLEGG 1 Aktuelle legemidler og evidensgrunnlaget for bruk

Antipsykotika

- **Risperidon:** D2-, 5-HT₂- og α ₂-reseptorantagonist med godkjent indikasjon for og veldokumentert effekt på irritabilitet, sinneutbrudd, selvskading, impulsivitet og aggresjon (181). Vanlige bivirkninger inkluderer vektøkning, hyperprolaktinemi, økt appetitt, EPS, hodepine og sedasjon. Kan være effektiv selv i små doser fra 0,25 mg (174;187;204;209;210). Refusjonskode -70, forhåndsgodkjent refusjon.
- **Aripiprazol:** Partiell D2-agonist med både agonistiske og antagonistiske egenskaper avhengig av dopaminnivået. Brukes ved psykose og affektive lidelser. Effektiv mot irritabilitet, repetitiv atferd og aggresjon hos personer med autisme (181) og Tourettes syndrom. Mindre endokrine bivirkninger enn risperidon, hovedsakelig vektnøytral (179). Varierende effekt på søvn og aktivisering – krever individuell tilpasning av doseringstidspunkt. Hovedsakelig reduserer den prolaktin, kan derfor brukes som lavdose «add on» til andre antipsykotika som har utløst hyperprolaktinemi (179;187;204). I USA har også aripiprazol godkjent indikasjon for irritabilitet, aggresjon, selvskading, sinneutbrudd og humørlabilitet (211).
- **Paliperidon (depot):** Begrenset evidens fra randomiserte kontrollerte studier, men åpne studier og kasusrapporter indikerer mulig effekt på aggresjon hos barn og voksne (200).
- **Kvetiapin:** Anbefales ikke primært som søvnmiddel grunnet metabolske bivirkninger. Kan være aktuelt ved søvnvansker og atferdsforstyrrelser assosiert med affektive symptomer. Har lav risiko for EPS og prolaktinøkning (187).
- **Olanzapin:** Kan være effektiv ved atferdsvansker ved psykose og forhøyet stemningsleie. Ugunstig bivirkningsprofil med metabolske forstyrrelser, som kan kreve seponering/bytte etter akutt fase til tross for god klinisk effekt (174;187;204).
- **Lurasidon:** Kombinerer antipsykotisk og antidepressiv effekt. Studier viser lovende resultater ved irritabilitet og perseverasjon, med relativt gunstig metabolsk profil (187;204).
- **Ziprasidon:** Har begrenset dokumentasjon, men en åpen seks ukers studie viste 50 % klinisk respons på irritabilitet og humørlabilitet. Ingen vekt- og prolaktinøkning. QT-forlengelse er en risiko og EKG bør tas før oppstart (187;200;204;212).
- **Haloperidol:** Lang klinisk erfaring, dokumentert effekt på aggresjon, tics og stereotyp atferd (179). Høy risiko for alvorlige bivirkninger som tardive dyskinesier og nevroleptikasyndrom (174;187;204).
- **Zuclopenthixol:** Effekten av zuclopenthixol og haloperidol ble sammenlignet i en dobbeltblind kryssstudie. Zuclopenthixol viste bedre resultat enn haloperidol i SHBS-vurderingen, mens CGI-score ikke viste signifikante forskjeller (174;213). Refusjonskode -70, forhåndsgodkjent refusjon.
- **Klozapin:** Har vist effekt på irritabilitet og aggresjon i enkelte studier, men bruken begrenses av risikoen for agranulocytose, behov for regelmessige hematologiske kontroller, samt krampeterskelsenkende effekt (194). Kontraindisert ved ukontrollert epilepsi (199). Kan først brukes hvis flere andre antipsykotika har vært forsøkt.

Antidepressiva

- **SSRI:** Effektive ved komorbid angst, OCD og depresjon, med meget individuell respons. Kan redusere tvangshandlinger og agitasjon, men med risiko for atferdsaktivering (180). Aktivering kan inkludere hyperaktivitet, irritabilitet og hypomani og er som oftest doseavhengige (181). Bipolar *switching* er rapportert, spesielt ved familiær disposisjon (179).
- **SNRI (Venlafaksin):** Begrenset evidens for bruk ved atferd som utfordrer. Anbefales ikke som førstevalg. Vanligste bivirkninger er kvalme, munntørrehet og søvnvansker (199).
- **Mirtazapin:** Enkelte små studier har vist positiv effekt på aggresjon, selvskading, hyperaktivitet og insomni, samt modulering av seksuell impuls kontroll (204). Sedasjon og vektøkning er vanligste bivirkninger.

Stemningsstabiliserende

- **Valproat og litium:** Aktuelle ved affektlabilitet, impulsivitet og aggressiv atferd, særlig ved tydelige stemningssvingninger. Krever serumkonsentrasjonsmonitorering og nøye vurdering av bivirkningsrisiko (179).

Psykostimulantia og noradrenalinmodulatorer

- **Metylfenidat:** Kan være effektiv ved ADHD med komorbid atferdsproblematikk. Sammenhengen mellom lav IQ og økt risiko for paradoksaktivering er klinisk utbredt, men faglig omdiskutert (204). Økt bivirkningsrisiko hos personer med autisme (181).
- **Atomoksetin:** Anbefalt som andrevalg ved autisme og ADHD. Har bedre effekt på hyperaktivitet enn på oppmerksomhetssvikt. Bivirkninger inkluderer søvnvansker, hypertensjon og irritabilitet (204).

Andre legemidler

- **Buspiron:** Har i RCT studier vist noe effekt på repetitiv atferd (181) og tilleggseffekt ved irritabilitet som "add-on" til risperidon (204). Kontraindisert ved epilepsi og alvorlig lever- eller nyresvikt (199;210).
- **Alfa-adrenerge agonister (klonidin, guanfacin):** Kan vurderes som tredjevalg ved hyperaktivitet og affektreguleringsvansker (180) (registreringsfritak). Generelt lav bivirkningsprofil, men risiko for sedasjon og hypotensjon (181).
- **Propranolol:** *Off-label* bruk ved aggresjon og hyperarousal. Effekt dokumentert gjennom klinisk erfaring. Krever oppfølging av blodtrykk og puls.
- **Benzodiazepiner:** Kun for kortvarig bruk (< 2–4 uker) ved alvorlig angst. Risiko for paradoksaktivering hos pasienter med autisme. Langtidsbruk frarådes på grunn av toleranseutvikling (200). Erfaringsmessig brukes benzodiazepiner som «krisemedisin» når ingen ikke-medikamentelle og medikamentelle behandlingstiltak har hatt tilstrekkelig effekt, og pasienten fremviser alvorlig selvskading eller utagering over flere timer.
- **Melatonin:** Trygt alternativ ved innsovningsvansker. Vanligste bivirkninger inkluderer tretthet, sedasjon og stemningssvingninger. Enkelte rapporterer om økt frekvens av mareritt grunnet økt REM-søvn (200).

VEDLEGG 2 Sentrale bivirkninger med særlig relevans for pasienter med utviklingshemming og autisme

Bivirkninger generelt: Se [Felleskatalogen](#) for bivirkninger og bivirkningssøk (199).

Ekstrapyramidale bivirkninger (EPS): Motoriske bivirkninger som parkinsonisme (skjelvinger, langsomme bevegelser), ataksi (rastløse ben, indre uro), akutt dystoni (muskelstivhet) og tardive dyskinesier (ufrivillige, rykkvise bevegelser, spesielt i ansiktet). Denne type bivirkninger kan oppstå ved bruk av antipsykotika og kan skyldes endringer i dopaminaktivitet i hjernen. Et norskoversatt verktøy, DIEPSS (Drug-Induced Extrapyramidal Symptoms Scale) (214), med tilhørende manual, er tilgjengelig for systematisk kartlegging av EPS. Antipsykotika med høyest risiko for EPS inkluderer haloperidol (204), risperidon og lurasidon. Lavest risiko sees ved bruk av klozapin, olanzapin og kvetiapin (187).

Epilepsi og krampeanfall: Antipsykotika kan redusere krampeterskelen, og det er beskrevet tilfeller av nyoppståtte kramper eller forverring av eksisterende epilepsi. Clozapin har størst pro-konvulsiv effekt, mens risperidon og aripiprazol har minst påvirkning (193).

Aktivering og paradoksale reaksjoner: Hyperaktivitet, uro og aggresjon kan være uttrykk for (179):

- paradoksal effekt, særlig ved bruk av benzodiazepiner
- aktivering av latent affektiv eller bipolar lidelse, ofte utløst av SSRI
- direkte bivirkning av SSRI (181) eller enkelte antiepileptika
- akatisi, som er særlig assosiert med første generasjons antipsykotika og aripiprazol

Metabolske bivirkninger: Vektnedgang er vanligst ved bruk av sentralstimulerende medikamenter. Vektøkning, metabolsk syndrom og diabetes er hyppigst assosiert med klozapin og olanzapin. Antipsykotika med minst vektøkning inkluderer haloperidol, ziprasidon og lurasidon (187).

Antikolinerge bivirkninger: Omfatter blant annet agitasjon, rastløse bein, dysartri, konfusjon, obstipasjon, urinretensjon, munntørrhet, kvalme, oppkast, diaré, feber, tåkesyn og palpitasjoner (188).

Obstipasjon: Dette kan være en betydelig plagsom og underdiagnostisert bivirkning, som også kan forverre psykisk helse og atferd. Symptomer kan inkludere hodepine, abdominale smerter og kramper, men også psykiske manifestasjoner som nedstemthet, søvnproblemer, redusert matlyst, agitasjon og aggresjon. TCA, karbamazepin og enkelte antipsykotika (som kvetiapin og olanzapin) er hyppige årsaker (200).

Polyuri og polydipsi: Ses blant annet ved behandling med litium og legemidler med antikolinerg effekt, som antipsykotika (for eksempel klozapin og olanzapin), trisykliske antidepressiva, antihistaminer og antiparkinsonmidler (188). Økt tørste og væskeinntak fører videre til polyuri, selv uten underliggende nyresykdom (199;215).

Søvnforstyrrelser: Dette kan manifestere seg som innsovningsvansker, redusert søvnlengde, eller motsatt – som uttalt sedasjon på dagtid. Melatonin kan føre til økt REM-søvn (200).

Seksuelle og hormonelle bivirkninger: Omfatter seksuell dysfunksjon og menstruasjonsforstyrrelser. Prolaktinøkning ses oftest ved bruk av klozapin, risperidon og amisulprid, mens aripiprazol kan redusere nivåene (179). Quetiapin har minimal effekt på prolaktin (187).

Andre somatiske bivirkninger: Endringer i blodtrykk. Forlenget QT-tid, spesielt ved bruk av klozapin, ziprasidon (179) og amisulprid. Hematologiske effekter som leukopeni og trombocytopeni. Organtoksisitet med påvirkning av lever, nyrer og stoffskifteparametere (60).