

# En spørreundersøkelse om klinikers bruk av funksjonelle analyser før behandling av utfordrende atferd

Bjørn André Torve, Rita Larsen, Irene Kjærnstad, Marius Hansen og Christoffer Fodstad Eng<sup>1</sup>

Habiliteringstjenesten i Sykehuset Innlandet, Sanderud, Voksenseksjonen

Funksjonelle analyser er et samlebegrep for forskjellige metoder for å kartlegge årsaker til atferd. Spørreundersøkelser fra USA har vist at klinikere i hovedsak bruker indirekte og deskriptive metoder. Målet med vår spørreundersøkelse var å finne hvilke metoder klinikere i Norge bruker forut for behandling av utfordrende atferd. 209 klinikere fra ti ulike Facebookgrupper eller sider gjennomførte et internettbasert spørreskjema. De ble spurt om faglig bakgrunn, sin kjennskap til funksjonelle analyser, hvilke metoder de bruker, og synspunkter på bruk av funksjonelle analyser. Resultatene viser at deskriptive analyser alene, eller kombinert med indirekte analyser, brukes mest. De viser også at klinikere mener at deskriptive analyser kombinert med indirekte, og eksperimentelle kombinert med deskriptive eller indirekte, gir best informasjon. Vi drøfter funnene i relasjon til funn fra tilsvarende undersøkelser.

*Nøkkelord.* Funksjonelle analyser, klinikere, spørreundersøkelse, utfordrende atferd

## **A survey assessing clinicians' use of functional analysis before treatment of challenging behavior**

Functional analyses is a collective term for different methods for assessing causes of behavior. Surveys from USA have found that clinicians mostly employ indirect and descriptive methods. The aim of our survey was to find what methods clinicians in Norway use prior to treatment of challenging behavior. 209 clinicians from ten Facebook groups or pages completed a web-based survey. They were asked about professional background, their knowledge of functional analyses, what methods they use, and opinions about functional analyses. The results indicate that descriptive analysis alone, or combined with indirect analysis, were used the most. They also indicated that clinicians believe that descriptive analyses combined with indirect, or experimental combined with descriptive and indirect, give the best information. We discuss our findings in relation to comparable surveys.

*Key words.* Functional analyses, clinicians, survey, challenging behavior

---

Takk til Sykehuset Innlandet for tid til å gjennomføre studien, til de som svarte på spørreundersøkelsen, til Børge Holden for kommentarer, og til Servicekontoret i Sykehuset Innlandet for hjelp med spørreskjema.

Personvernombudet i Sykehuset Innlandet har godkjent publisering av studien.

<sup>1</sup>Christoffer Fodstad Eng jobber nå i Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Innlandet (Oppland).

Kontakt: Bjørn.Andre.Torve@sykehuset-innlandet.no

I all behandling, som i annen problemløsning, er det viktig å finne årsaker til det man skal behandle eller løse. Lykkes man, gir tiltak seg i beste fall selv. Innenfor atferdsanalyse kalles leting etter årsaker for funksjonelle analyser (FA), og er særlig brukt

i forbindelse med utarbeiding av behandling av utfordrende atferd (Holden, 2016).

FA har vært brukt mest for pasienter med autismespekterforstyrrelse og/eller utviklingshemming. Den siste store oversiktsstudien for disse gruppene viste at FA avdekket funksjoner til utfordrende atferd i 91,7 % av de gjennomgåtte studiene av individuelle pasienter (Beavers et al., 2013). I to tidligere studier ble funksjoner påvist hos 95,4 % (Iwata et al., 1994) og 95,9 % (Hanley et al., 2003) av pasientene. FA er med andre ord en veldokumentert metode for å avdekke funksjoner til utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming og/eller autismespekterforstyrrelse. I nyere tid har FA også blitt benyttet for andre grupper, som demenspasienter (Millichap et al., 2003; Moniz Cook et al., 2012), normalfungerende barn (Greer et al., 2013), pasienter med psykiske lidelser (Holden, 2008, 2013b; Myhre & Strømgren, 2015; Wilder, 2009), pasienter med hjerneskade (Quearry & Lundervold, 2016; Strohmeier et al., 2016), innen fengselspsykiatri (Daffern & Howells, 2007; Daffern & Howells, 2009; Douglas et al., 2013), pasienter med rusavhengighet (Mueser et al., 2006; Reichert et al., 2021) og annen avhengighet, som spillelidenskap (Dixon & Johnson, 2007; Petry, 2005). Også i Norge er det publisert en rekke studier der FA har vært gjennomført før igangsetting av tiltak, med godt resultat (Torve & Larsen, 2020).

FA fører også til mer presis og effektiv behandling (Asmus et al., 2004; Hersen & Sturmey, 2012a, 2012b; Kurtz et al., 2013; Leader et al., 2021). Det har bidratt til at FA anses som «best practice» i behandling av utfordrende atferd (Bailey & Burch, 2011). Kunnskaper om FA inngår derfor i standardene for Board Certified Behavior Analyst (BCBA), en sertifisering av atferdsanalytikere i USA (Bailey & Burch, 2011). Også et digitalt oppslagsverk for leger, *UpToDate*, anbefaler FA før behandling av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming (Pivalizza et al., 2021) og

autismespekterforstyrrelse (Weissman et al., 2021). I Norge har kompetanse på FA blitt et krav for veiledere innen tidlig og intensiv opplæring for barn med autisme (EIBI) (Vea et al., 2019). Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven, anbefaler FA for å finne andre løsninger enn tvang (Helsedirektoratet, 2015b), og Helsedirektoratet (2015a) anbefaler at spesialisthelsetjenesten bistår med FA av moderate og alvorlige atferdsvansker hos henviste pasienter. Også fagpersoner som yter tjenester til personer med utviklingshemming, bør ha kunnskaper om FA (Helsedirektoratet, 2021). I arbeid med utfordrende atferd er man generelt faglig og etisk forpliktet til å gjøre maksimalt for å komme fram til mest mulig effektiv og minst mulig inngripende behandling (Bailey & Burch, 2011). Viktigheten av FA er dermed veldokumentert. Anerkjennelsen av FA har også bidratt til at atferdsanalytisk behandling gjerne anses som førstevalg i behandling av utfordrende atferd, og til at atferdsanalyse skal forsøkes før psykotrope legemidler (Baldor et al., 2022; Sullivan et al., 2018). Det gjør FA enda viktigere i behandling av utfordrende atferd.

Det er tre hovedmetoder for FA, som kort kan beskrives slik: I «klassisk» EFA utføres fastlagte testbetingelser, første gang utformet av Iwata et al. (1982). En betingelse er «oppmerksomhet» (Beavers et al., 2013), der personen får reaksjoner fra andre bare når personen viser utfordrende atferd. Mest utfordrende atferd i denne betingelsen indikerer at atferden opprettholdes av positiv sosial forsterkning (og at manglende oppmerksomhet utløser den) (Iwata et al., 1982). En variant av den er «materiell»: Personen får noe attraktivt som reaksjon på utfordrende atferd. Mest utfordrende atferd i denne betingelsen taler for at atferden opprettholdes av positiv materiell forsterkning (og utløses av mangel på det) (Beavers et al., 2013; Kern et al., 1995). Under «krav»-betingelsen får personen enkle oppgaver, men kravet om å utføre dem opphører hvis personen viser utfordrende

atferd. Etter en liten pause, gjentas kravet og så videre. Mest utfordrende atferd i denne betingelsen gir antakelse om at atferden opprettholdes av negativ sosial forsterkning (og utløses av krav) (Iwata et al., 1982). Under «alene» får personen ingen reaksjoner på utfordrende atferd, eller tilgang til noe å holde på med (Arntzen, 2014). Mest utfordrende atferd i denne betingelsen tas til inntekt for at atferden er automatisk, og ikke sosialt, forsterket. En «kontrollbetingelse» går ut på at personen har tilgang til materielle gjenstander og oppmerksomhet fra forsøksleder. Lav forekomst av utfordrende atferd her styrker eventuelle funn under de andre betingelsene.

I senere tid er det utviklet andre EFA-varianten, og Cooper et al. (2020) nevner fire: Brief Functional Analysis er en kortere variant av EFA. Trial-Based Functional Analysis (TBFA) brukes i naturlige situasjoner, for eksempel i klasserom eller i hjemmet, og består av korte økter (trials) som avsluttes etter konsekvenslevering etter første forekomst av utfordrende atferd eller en kort periode (én til to minutter) uten (Bloom et al., 2011; Lambert et al., 2012; Sigafos & Sagers, 1995). Interview-Informed Synthesized Contingency Analysis (IISCA) inkluderer intervju med nærpersoner, og observasjon, som basis for å utarbeide tilpassede test- og kontrollbetingelser (Hanley et al., 2014). Et eksempel som nevnes, er oppmerksomhet fra mor, og samtidig tilgang til materiell/leker (Hanley et al. (2014). Den fjerde er Latency-Based Functional Analysis (LBFA), som bygger på samme metodikk som TBFA, men har latenstid som avhengig variabel, det vil si hvor lang tid det tar fra presentasjon av stimulusbetingelser til atferden forekommer og økten avsluttes (Thomason-Sassi et al., 2011). Ved alvorlig utfordrende atferd anbefaler Cooper et al. (2020) at det gjennomføres EFA med atferd som forekommer pålitelig i forkant av utfordrende atferd, også kalt forløperatferd. Helsedirektoratet (2015b) viser til at vi i Norge alltid må vurdere om praksisen vår er

faglig og etisk forsvarlig, blant annet fordi de kan framprovosere atferd, og dermed bruk av tvang. Da kan en av de nyere variantene i kombinasjon med bruk av forløpere til, eller tidlige tegn på, atferden være et bedre alternativ enn full klassisk EFA. Fordeler og ulemper ved EFA-metoder er drøftet i en rekke artikler (Arntzen, 2014; Beavers & Iwata, 2014; Kahng et al., 2015; Torve & Larsen, 2020).

IFA er å intervju pasienten, eller andre som kjenner pasienten og dens utfordrende atferd, ofte ved hjelp av formelle redskaper. En nyere metode er et åpent intervju skjema, Open-Ended Functional Assessment Interview (OEFAI) (Hanley, 2012). En annen er skjemaer der informantene graderer svarene på en Likert-skala. Kjente varianter er Motivation Assessment Scale (MAS) (Durand, 1990), Questions About Behavioral Function (QABF) (Matson & Vollmer, 1995) og Functional Analysis Screening Tool (FAST) (Iwata et al., 2013). FAST har også spørsmål om informantens relasjon til personen, for eksempel relasjonens varighet, hvor ofte man møtes, og hvilke aktiviteter som gjennomføres. En tredje metode er intervjuguider, som Functional Assessment Interview (FAI), en sjekkliste med mange forhold som generelt kan føre til utfordrende atferd (O'Neill et al., 1997). Fordeler med IFA er at metodene utgjør minimal risiko for personen og andre. De mest åpne variantene kan avdekke mer generelle forhold som utfordrende atferd kan ha sammenheng med, for eksempel lite søvn og andre helsefaktorer, men kan også gi irrelevant informasjon (Fryling & Baires, 2016). Standardisert kartlegging krever lite forkunnskaper, tar kort tid (Fryling & Baires, 2016), og kan sammen med intervju, være eneste mulighet ved lavfrekvent atferd (Holden, 2013b). En ulempe kan være at respondenter skårer ulikt (Beavers & Iwata, 2014; Smith et al., 2012). Dracoby et al. (2018) og Miltenberger et al. (2019) anbefaler generelt at de som bruker IFA, har atferdsanalytisk kompetanse.

DFA gjøres ved å observere pasienten i sitt daglige miljø (Cooper et al., 2020). En vanlig måte er ustrukturerte observasjoner (Holden, 2016; Lerman & Iwata, 1993). Det gir per definisjon ingen overføringsproblemer, men ulemper kan være at personen påvirkes av å bli observert, og endrer atferd, såkalt reaktivitet (Arntzen & Tolsby, 2010), og at tjenesteytere opptrer så forskjellig at funksjoner ikke avdekkes (Holden, 1997). En annen måte er skjemaer der man registrerer foranledning, atferd og konsekvens (FAK-skjema) når utfordrende atferd har forekommet (Desrochers et al., 1997; Ellingson et al., 1999; Thompson & Borrero, 2011; Torve & Larsen, 2020). Informanter er gjerne tjenesteytere, lærere eller foreldre. Det brukes også forhåndsbestemte svaralternativer (O'Neill et al., 1997), også kalt FAK-sjekkliste (Thompson & Borrero, 2011), som også er benyttet i fengselspsykiatri (Nijman et al., 2010). En begrensning ved skjemaer er at tjenesteytere oppfatter situasjoner så forskjellig at resultatene blir motstridende, og at det «avdekkes» fiktive funksjoner (Holden, 1997). En siste variant er Scatterplot, der man kartlegger hvilke tidsrom atferden forekommer i (Touchette et al., 1985), som kan si noe grovt om funksjoner. Også DFA kan være et alternativ når man ikke kan utføre EFA (Torve & Larsen, 2020). I likhet med for IFA, er det anbefalt at de som utfører DFA, har atferdsanalytisk kompetanse (Holden, 2013a).

Hvilke metoder benyttes i praksis? En tidlig studie viste at intervju og FAK-analyser var vanligst, og at klinikere anså FAK-analyser som mest nyttig (Desrochers et al., 1997). Den neste studien (Ellingson et al., 1999) fant at intervju ble brukt mest, og at direkte observasjon ble vurdert som best. Den tredje studien fant at klinikere benyttet DFA mest, og at flertallet aldri eller nesten aldri brukte EFA. DFA og EFA ble vurdert som mest nyttig (Oliver et al., 2015). Den siste studien viste at DFA var vanligst, men

at to tredjedeler av informantene mente at EFA ga best grunnlag for behandlingstiltak (Roscoe et al., 2015). Til tross for høy grad av eksperimentell kontroll, viser disse undersøkelsene at EFA brukes langt mindre enn de andre metodene.

I Norge er det ikke gjennomført noen tilsvarende studie, men Torve og Larsen (2020) gjennomgikk artikler i norske atferdsanalytiske tidsskrifter der FA var benyttet, og avdekket at DFA var vanligst, med 45,5 %. De oppfordret til å kartlegge hvilke FA-metoder norske klinikere benytter. I denne studien har vi derfor undersøkt bruk av FA i Norge.

## Metode

### Deltakere og Design

Deltakere ble rekruttert gjennom facebooksider og -grupper med mer enn 500 medlemmer eller følgere. Personer med minimum treårig høyskoleutdanning innen helsefag, sosialfag eller spesialpedagogikk, og med erfaring i kartlegging og behandling av utfordrende atferd, ble bedt om å svare. Ti facebooksider og -grupper tillot å legge ut lenke til spørreskjemaet (se prosedyre).

### Spørreskjemaet

Vi brukte et anonymt internettbasert spørreskjema gjennom tjenesten Questback. Skjemaet innledet med en kort beskrivelse av hva vi ville undersøke, svarfrist og målgruppe for studien, og at mottatte skjemaer ville bli behandlet i henhold til Sykehuset Innlandets (SI) personvernombuds retningslinjer.

Skjemaet inneholdt 14 spørsmål. De fem første var om faglig bakgrunn, de fem neste gjaldt hvilke FA de brukte, og de fire siste var om deltakernes synspunkter på FA.

Spørsmål 1–6 lød «Hva er din høyeste gjennomførte utdanning?», «Hvor lenge har du arbeidet med personer som kan vise utfordrende atferd?», «I hvilket fylke har du din hovedstilling?», «På hvilket arbeidssted har du din hovedjobb?», «Hvilken målgruppe jobber du mest med?» og «Kjenner du til noen av

følgende funksjonelle analysemetoder?» (som var listet opp). Undersøkelsen ble avsluttet for dem som svarte «nei» på spørsmål 7: «Har du selv hatt ansvar for, eller vært med og utført, funksjonelle analyser før igangsetting av behandling de siste fem årene?» Videre fulgte spørsmål 8–10: «Hvilken funksjonell analysemetode har du hatt ansvar for, eller vært med og utført, de siste fem årene?», «Hvilken type funksjonell analysemetode har du brukt mest?», og «Hvilken opplæring har du fått i funksjonelle analyser?».

Spørsmål 11 var «Hvor nyttig mener du at funksjonelle analyser er for behandling av utfordrende atferd?» (med en Likert-skala med svaralternativene «Ikke nyttig», «Lite nyttig», «Ganske nyttig», «Svært nyttig» og «Ikke aktuelt».

Deretter kom spørsmål 12: «Hvilken påstand er du mest enig i?». Påstandene var «Eksperimentelle funksjonelle analyser (systematisk presentasjon av fastlagte miljøbetingelser mens man observerer og måler utfordrende atferd)», «Deskriptive funksjonelle analyser (direkte observasjon av atferden og miljøfaktorer som kan påvirke den)», «Indirekte funksjonelle analyser (Spørsmål eller intervju uten direkte observasjon av atferden)», «Kombinasjon av deskriptiv og indirekte funksjonell analyse» eller «Kombinasjon av eksperimentell funksjonell analyse og både/enten deskriptiv eller indirekte funksjonell analyse», alle etterfulgt av «gir best informasjon før igangsetting av behandling».

Spørsmål 13 var «Har du deltatt i behandling av utfordrende atferd uten forutgående funksjonelle analyser? Hvis deltakerne svarte «Nei», ble undersøkelsen avsluttet. De som svarte «Ja», fikk til slutt spørsmålet «Dersom du ikke har utført funksjonelle analyser før behandling av utfordrende atferd, hva var årsaken til det?». Svaralternativene var «Manglende tid», «Manglende forståelse fra andre for å bruke det», «Manglende personalressurser», «Alvorlig atferd som krevde behandling umiddelbart» eller «Annet, spesifiser».

## Prosedyre

Vi kontaktet administratorer for facebookssidene og -gruppene, med følgende forespørsel: «Hei, vi i Habiliteringstjenesten i Sykehuset innlandet skal gjennomføre en spørreundersøkelse for å kartlegge bruk av funksjonelle analyser forut for behandling av utfordrende atferd i Norge. Derfor lurer vi på om det er greit at vi benytter deres facebookside/-gruppe. Vi vil sende ut to påminnelser i løpet av en måned, og setter stor pris på om vår lenke blir lagret i dette tidsrommet.»

Etter å ha fått godkjent å legge ut lenken til skjemaet, ble følgende tekst lagt ut på sidene/gruppene: «Hei, vi i Habiliteringstjenesten i Sykehuset Innlandet ønsker å gjennomføre en spørreundersøkelse for å kartlegge bruk av funksjonelle analyser forut for behandling av utfordrende atferd i Norge. Selve undersøkelsen tar ca. fem minutter. Personvernombudet i Sykehuset Innlandet har godkjent undersøkelsen. Vi setter stor pris på om du hjelper oss ved å svare.»

Lenken til undersøkelsen var lagt til i teksten som vi la ut, og deltakerne kunne starte undersøkelsen ved å trykke på den. Undersøkelsen var tilgjengelig i 33 dager, og midtveis sendte vi ut en påminnelse med samme tekst.

## Bearbeiding av Data

Alle svar ble oppsummert i et Microsoft Excel-skjema (2016-versjonen) som Servicekontoret i Sykehuset Innlandet laget. Vi oppsummerte svarene på hvert spørsmål ved å bruke funksjonen «filtrer» for hvert svaralternativ. Deretter markerte vi feltet med antall svar for hvert svaralternativ, og brukte funksjonen «antall merkede celler som inneholder data», og leste av tallet. Svaralternativene ble oppført med antall, og omregnet til prosent.

## Observatørenighet

For å vurdere påliteligheten av data, testet vi enighet mellom observatører (IOA) for

alle svaralternativene for de 14 spørsmålene. To observatører leste av alle svaralternativer manuelt i Excel-skjemaet, uavhengig av hverandre, ved å benytte et punkt til punkt-skjema og «filtrer»-funksjonen som under «Bearbeiding av Data». Antall svar som ble skåret likt, ble delt på totalt antall svar, og ganget med 100. Enigheten var 98,6 %.

## Resultater

209 personer sendte inn utfylt skjema, og data presenteres for de tre nevnte kategoriene av spørsmål.

### Deltakernes Bakgrunn

Resultatene av dette er presentert i tabell 1. Majoriteten (78,5 %) hadde treårig helse- sosialfaglig eller pedagogisk utdanning som høyeste utdanning, mens 19,1 % og 2,4 % hadde henholdsvis master- og doktorgrad. Det var deltakere fra alle fylker, men flest fra Innlandet (35 %). Antall år deltakerne hadde arbeidet med personer med utfordrende atferd, var relativt jevnt fordelt, men gruppen 20 år eller mer var størst (25,4 %). 47,4 % av deltakerne hadde sin hovedjobb i bofellesskap, og 59,3 % arbeidet mest med personer med utviklingshemning.

### Kjennskap til og Bruk av Funksjonelle Analyser

Nesten alle deltakerne (95,2 %) kjente til minst én FA-metode. 92,3 % kjente til DFA, 77,5 % til IFA, og 76,1 % til EFA. 172 deltakere (82,3 %) hadde hatt ansvar for eller deltatt i FA. De øvrige (17,1 %) hadde ingen slik erfaring (og for dem ble undersøkelsen avsluttet her, slik at resten av resultatene gjelder for de 172 deltakerne som hadde hatt ansvar for eller deltatt i FA). 96,5 % hadde brukt DFA de siste fem årene, mens 64,5 % hadde brukt IFA, og 37,8 % EFA. Når det gjelder hvilken metode de hadde brukt *mest*, svarte 42,4 % DFA, 41,3 % kombinasjon av DFA og IFA, 6,4 % IFA alene, 5,8 % EFA i kombinasjon med enten DFA eller IFA, og 4,1 % EFA alene (se tabell 2).

Deltakerne rangerte også hvilken metode de foretrakk innenfor den kategorien de valgte (se tabell 2 for en oversikt og prosenten er regnet ut fra totalt 172 deltakere). Alle som benyttet EFA alene, benyttet klassisk EFA. For de som brukte EFA sammen med de andre metodene, var klassisk EFA den eneste eksperimentelle metoden, kombinert med forskjellige IFA og DFA metoder.

I gruppen av de som brukte IFA mest, var intervju med personer som kjenner personens historie og utfordrende atferd, mest foretrukket (4,1%).

Hos de som brukte DFA mest, benyttet 22,7 % FAK-skjema, og hos de som brukte kombinasjoner av DFA og IFA, brukte av 10,5 % av deltakerne FAK-skjema kombinert med MAS.

Opplæringen som deltakerne hadde fått i å utføre de forskjellige FA-metodene, vises i tabell 3, og kunne ha skjedd på mer enn en måte. For både EFA og IFA hadde 60,5 % fått opplæring ved å lese fagbøker og/eller fagfelleverderte artikler. For DFA oppga 68,6 % at de hadde fått opplæring gjennom bachelorutdanning, og 66,9 % hadde lest fagbøker og/eller fagfelleverderte artikler.

### Synspunkter på Funksjonelle Analyser

Deltakernes svar er vist i tabell 4. På spørsmål om hvor nyttig de mente at FA var for behandling av utfordrende atferd, vurderte 90,7 % det som svært nyttig, og 9,3 % som ganske nyttig. Om hvilken metode som ga best informasjon før igangsettelse av behandling, mente 40,7 % av deltakerne at det var DFA kombinert med IFA.

40,1 % av deltakerne svarte at de ikke hadde deltatt i behandling av utfordrende atferd uten forutgående FA, mens 59,9 % hadde det. Av de sistnevnte oppga 46 % at atferden var så alvorlig at den krevde behandling umiddelbart.

Tabell 1. Data om deltakerne.

Karakteristikk	n	%
Høyeste utdanning		
Bachelorgrad i helsefag, sosialfag eller pedagogikk	164	78,5 %
Mastergrad	40	19,1 %
Doktorgrad	5	2,4 %
Arbeidserfaring med utfordrende atferd		
0 – 5 år	32	15,3 %
6 – 10 år	47	22,5 %
11 – 15 år	47	22,5 %
16 – 20 år	30	14,4 %
20 år eller mer	53	25,4 %
Fylke		
Agder	9	4,3 %
Innlandet	72	34,4 %
Møre og Romsdal	5	2,4 %
Nordland	4	1,9 %
Oslo	19	9,1 %
Rogaland	7	3,3 %
Vestfold og Telemark	11	5,3 %
Troms og Finnmark	5	2,4 %
Trøndelag	11	5,3 %
Vestland	9	4,3 %
Viken	57	27,3 %
Arbeidssted		
Avlastning	8	3,8 %
Barnehage	4	1,9 %
Bofellesskap	99	47,4 %
Dagsenter/ varig tilrettelagt arbeid	3	1,4 %
Habilitering spesialisthelsetjenesten	39	18,7 %
Høgskole/ universitet	5	2,4 %
Privat tilbyder av tjenester	23	11,0 %
Psykiatri	9	4,3 %
Skole	19	9,1 %
Målgruppe		
Andre nevroutviklingsforstyrrelser	6	2,9 %
Autismespekterforstyrrelse	59	28,2 %
Ingen spesifikk diagnose	13	6,2 %
Psykiatriske diagnoser	7	3,3 %
Utviklingshemning	124	59,3 %

*Notat.* Kolonne 1 viser svaralternativer. Kolonne 2 viser antall deltakere som valgte hvert alternativ, og kolonne 3 angir det i prosent.

Tabell 2. Oversikt over hvilke FA-metoder som brukes mest.

Karakteristikk	n	%
Deskriptiv funksjonell analyse (DFA)	73	42,40 %
FAK-skjemaer	39	22,70 %
Observere pasienten i relevante situasjoner	21	12,20 %
Scatterplot	13	7,60 %
Kombinasjon av deskriptiv funksjonell analyse (DFA) og indirekte funksjonell analyse (IFA)	71	41,30 %
FAK-skjemaer + MAS	18	10,50 %
FAK-skjemaer + intervju nærpersioner	15	8,70 %
Observere pasient + intervju nærpersioner	13	7,60 %
Observere pasient + MAS	5	2,90 %
Scatterplot + intervju pasient	4	2,30 %
Scatterplot + MAS	4	2,30 %
FAK-skjemaer + Intervju pasient	2	1,20 %
FAK-skjemaer + FAI	2	1,20 %
Observere pasient + FAI	2	1,20 %
FAK-skjemaer + FAST	1	0,60 %
FAK-skjemaer + OEFAI	1	0,60 %
Observere pasient + intervju pasient	1	0,60 %
Observere pasient + FAST	1	0,60 %
Scatterplot + QAFB	1	0,60 %
Scatterplot + OEFAI	1	0,60 %
Indirekte funksjonell analyse (IFA)	11	6,40 %
Intervju personer som kjenner pasientens historie og utfordrende atferd	7	4,10 %
QABF	2	1,20 %
Intervju pasienten	1	0,60 %
OEFAI	1	0,60 %
Ekspertimentell funksjonell analyse (EFA) kombinert med deskriptiv- og indirekte funksjonell analyse (DFA og IFA)	10	5,80 %
Klassisk ekspertimentell funksjonell analyse + FAK-skjemaer + Intervju nærpersioner	3	1,70 %
Klassisk ekspertimentell funksjonell analyse + Observere pasient + Intervju nærpersioner	3	1,70 %
Klassisk ekspertimentell funksjonell analyse + FAK-skjemaer + MAS	2	1,20 %
Klassisk ekspertimentell funksjonell analyse + FAK-skjemaer + FAST	1	0,60 %
Klassisk ekspertimentell funksjonell analyse + Observere pasient + Intervju pasient	1	0,60 %
Ekspertimentell funksjonell analyse (EFA)	7	4,1 %



Tabell 3. Oversikt over opplæring i funksjonelle analyser.

Karakteristikk	EFA		DFA		IFA	
	n	%	n	%	n	%
Lært i bachelorutdanningen	79	45,90 %	118	68,60 %	91	52,90 %
Videreutdanning	39	22,70 %	50	29,10 %	40	23,30 %
Deltatt på kurs/workshop (også e-læringskurs)	41	23,80 %	61	35,50 %	47	27,30 %
Lest om det (fagfellevurderte artikler og/eller fagbøker)	104	60,50 %	115	66,90 %	104	60,50 %
Trening i gjennomføring av eksperimentelle analyser	62	36,00 %	-	-	-	-
Opplæringsfilm	8	4,70 %	5	2,90 %	4	2,30 %
Opplæring på egen arbeidsplass	33	19,20 %	79	45,90 %	42	24,40 %

Tabell 4. Oversikt over deltakernes skåringer på synspunkter om funksjonelle analyser.

Spørsmål	Deltakerfordeling
11. Hvor nyttig mener du at funksjonelle analyser er for behandling av utfordrende atferd? (Sett ett kryss)	
1. Ikke nyttig	
2. Lite nyttig	
3. Ganske nyttig	
4. Svært nyttig	17
5. Ikke aktuelt	156
Totalt	172
12. Hvilken påstand er du mest enig i?	
1. Eksperimentelle funksjonelle analyser (Systematisk presentasjon av fastlagte miljøbetingelser mens man observerer og måler utfordrende atferd) gir best informasjon før igangsetting av behandling	9
2. Deskriptive funksjonelle analyser (Direkte observasjon av atferden og miljøfaktorer som kan påvirke den) gir best informasjon før igangsetting av behandling	28
3. Indirekte funksjonelle analyser (Spørsmål eller intervju uten direkte observasjon av atferden) gir best informasjon før igangsetting av behandling	1
4. Kombinasjon av deskriptiv og indirekte funksjonell analyse gir best informasjon før igangsetting av behandling	70
5. Kombinasjon av eksperimentell funksjonell analyse og både/enten deskriptiv eller indirekte funksjonell analyse gir best informasjon før igangsetting av behandling	64
Totalt	172
13. Har du deltatt i behandling av utfordrende atferd uten forutgående funksjonelle analyser?	
Ja	103
Nei	69
Totalt	172
14. Dersom du ikke har utført funksjonelle analyser før behandling av utfordrende atferd, hva var årsaken til det?	
1. Manglende tid	5
2. Manglende forståelse fra andre for å bruke det	35
3. Manglende personalressurser	5
4. Alvorlig atferd som krevde behandling umiddelbart	48
5. Annet, spesifiser	10
Totalt	103

## Diskusjon

Resultatene viser at deltakerne bruker en rekke metoder og kombinasjoner av metoder, men at DFA alene, eller kombinert med IFA, brukes mest. Resultatene sammenfaller generelt med tidligere spørreundersøkelser fra USA (Desrochers et al., 1997; Ellingson et al., 1999; Oliver et al., 2015; Roscoe et al., 2015). Også at FAK-skjemaer brukes mest, stemmer med én slik undersøkelse (Ellingson et al., 1999), og med en norsk (Torve og Larsen (2020).

Det er noen likheter mellom våre og tidligere resultater. Når det gjelder deltakernes synspunkter på bruk av FA i vår studie, rangerte ca. ni av ti av de som oppga å ha kunnskaper om FA, FA som svært nyttig. Også det samsvarer med de tidligere studiene (Desrochers et al., 1997; Ellingson et al., 1999; Oliver et al., 2015). I tillegg viser alle studiene, også vår, at FA ble benyttet for forskjellige målgrupper, og ikke bare for personer med utviklingshemning og autismespekterforstyrrelser. Det viser i det minste at FA er anvendelig uavhengig av diagnose.

Det er også noen forskjeller. Andelen deltakere som benyttet EFA regelmessig i vår studie, nesten en tidel, er betydelig lavere enn i USA, der andelen er ca. en tredjedel (Oliver et al., 2015; Roscoe et al., 2015). Når det gjelder IFA, brukte en større andel i vår studie MAS. Det skiller seg fra én tidligere studie (Ellingson et al., 1999), der FAST var mest brukt. En annen forskjell er hvilke målgrupper deltakerne jobbet med. I to amerikanske studier (Oliver et al., 2015; Roscoe et al., 2015) arbeidet flertallet med pasienter med autismespekterforstyrrelse, mens i vår studie arbeidet over halvparten av deltakerne med personer med utviklingshemning. Ikke minst er det forskjeller i hvordan rekruttering foregikk. Tidligere studier har rekruttert deltakere ved hjelp av brevpost som ble sendt til 300 medlemmer av American Association on Mental Retardation (AAMR)

(i dag American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD) (Desrochers et al., 1997). I en annen undersøkelse benyttet man også brev som ble sendt til personer som jobbet i for firmaer som utførte atferdsanalytisk behandling (Ellingson et al., 1999). I den tredje studien ble det sendt e-post til sertifiserte BCBA, altså sertifiserte atferdsanalytikere (Oliver et al., 2015), mens det i den fjerde studien ble sendt ut lenke til en internettside for BCBA som utførte behandling av personer med spesielle behov (Roscoe et al., 2015). To tidligere studier (Oliver et al., 2015; Roscoe et al., 2015) hadde altså kun deltakere som var BCBA, en kvalifikasjon som svært få i Norge har. BCBA krever høy kompetanse på FA, mens det ikke finnes tilsvarende krav i Norge, der kompetansen generelt vil være lavere enn hos de som er BCBA. Deres og våre deltakere kan dermed ikke sammenlignes helt, og forskjellen kan kanskje forklare en del forskjeller i resultatene, for eksempel at EFA brukes mer i USA.

Noen av våre funn kan være betenkelige. For det første mente flere deltakere at EFA gir mest informasjon, men brukte likevel andre metoder mer, som også tidligere studier har vist (Oliver et al., 2015; Roscoe et al., 2015). Det kan ha naturlige årsaker. Over halvparten av våre deltakere jobbet mest med personer med utviklingshemning, og helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 (Helsedirektoratet, 2015b), som gjelder for personer med utviklingshemning, begrenser adgangen til å framprovosere utfordrende atferd. Det kan klassisk EFA gjøre. Da kan nyere varianter av EFA vurderes, særlig intervju- og latensbasert (IISCA og LBFA), hvis man vil bruke EFA. Det går også an å vurdere risikoen for alvorlig utfordrende atferd (Deochand et al., 2020; Wiskirchen et al., 2017) før bruk av klassisk EFA. EFA kan heller ikke gjennomføres for alle pasientgrupper (Myhre & Strømgren, 2015), slik at man noen ganger må bruke andre metoder, for eksempel standardiserte. I den forbindelse viste våre funn at mange

valgte MAS, selv om QABF og FAST er mer pålitelige (Dracobly et al., 2018; Matson & Williams, 2014; Nicholson et al., 2006; Paclawskyj et al., 2001), og dermed bør benyttes mer. En annen betenkelighet er at få deltakere i vår studie, fikk opplæring i FA på sin arbeidsplass. Nok et betenkelig funn er at over halvparten av deltakerne hadde erfart å starte behandling uten å ha gjennomført FA. Det kan være akseptabelt hvis atferden er så skadelig at den krever umiddelbar behandling (Roscoe et al., 2015; Torve & Larsen, 2020). Helsedirektoratets (2015b) rundskriv gir rom for å sette i gang tvangstiltak før andre løsninger (som ikke inneholder tvang) er prøvd, og før FA er utført, for eksempel ved stor fare for personskader (spesielt mot barn) eller ildspåsettelse. På den andre siden kan i det minste *en viss* FA gjøres raskt (og etter at behandlingen har startet). For eksempel IISCA kan være mindre tidkrevende enn klassisk EFA, og effektiv (Coffey et al., 2019), og en enkel DFA i form av observasjon, vil normalt være bedre enn ingenting. Dermed kan manglende FA ha sammenheng med lav faglighet. I det hele tatt tyder våre funn på at opplæring i FA bør bli bedre.

Også noen svakheter ved vår studie må nevnes. Antall facebooksider og -grupper som lenken til undersøkelsen ble lagt ut på, var begrenset. Mange fikk dermed ikke mulighet til å delta, og noen bruker ikke engang Facebook. Selv om det var deltakere fra alle 11 fylkene, kan de nevnte begrensningene medføre at våre funn ikke er representative. De deltakerne som ikke ble utelukket underveis, hadde nødvendigvis atferdsanalytisk bakgrunn. Undersøkelsen sier dermed noe om hvilke FA-metoder norske atferdsanalytikere bruker. Den sier imidlertid ikke noe om bruken av FA i hele landet på forskjellige felt, for eksempel innenfor behandling av utfordrende atferd som må godkjennes i henhold til kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven. Hvor mye brukes FA, hvilke former for FA brukes, hvor mange er det som eventuelt ikke bruker det, og hvor mange undersøker årsaker

til utfordrende atferd ut fra andre faglige skoleretninger? En interessant framtidig studie kan derfor være å se på alt dette, for eksempel innenfor kommuner og habiliteringstjenester, i forbindelse med behandling av utfordrende atferd.

## Referanser

- Arntzen, E. (2014). Funksjonelle analyser: Status, utfordringer og veien videre. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 41(1), 59–73.
- Arntzen, E. & Tolsby, J. (2010). *Studenten som forsker i utdanning og yrke: vitenskapelig tenkning og metodebruk*. Høgskolen i Akershus. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/208>
- Asmus, J. M., Ringdahl, J. E., Sellers, J. A., Call, N. A., Andelman, M. S. & Wacker, D. P. (2004). Use of a short-term inpatient model to evaluate aberrant behavior: outcome data summaries from 1996 to 2001. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37(3), 283–304. <https://doi.org/10.1901/jaba.2004.37-283>
- Bailey, J. & Burch, M. (2011). *Ethics for Behavior Analysts* (2. utvidet. utg.). Taylor & Francis Group.
- Baldor, R., Schwenk, T. L. & Kunins, L. (2022). Primary care of the adult with intellectual and developmental disabilities. [https://www.uptodate.com/contents/primary-care-of-the-adult-with-intellectual-and-developmental-disabilities?search=challenging%20behavior%20intellectual%20disability&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3#H19](https://www.uptodate.com/contents/primary-care-of-the-adult-with-intellectual-and-developmental-disabilities?search=challenging%20behavior%20intellectual%20disability&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H19)
- Beavers, G. A. & Iwata, B. A. (2014). Functional behavior assessment: Characteristics and recommendations. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 41(1), 75–80.
- Beavers, G. A., Iwata, B. A. & Lerman, D. C. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*,

- 46(1), 1–21. <https://doi.org/10.1002/jaba.30>
- Bloom, S. E., Iwata, B. A., Fritz, J. N., Roscoe, E. M. & Carreau, A. B. (2011). Classroom application of a trial-based functional analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44(1), 19–31. <https://doi.org/10.1901/jaba.2011.44-19>
- Coffey, A. L., Shawler, L. A., Jessel, J., Nye, M. L., Bain, T. A. & Dorsey, M. F. (2019). Interview-Informed Synthesized Contingency Analysis (IISCA): Novel Interpretations and Future Directions. *Behavior Analysis in Practice*, 13(1), 217–225. <https://doi.org/10.1007/s40617-019-00348-3>
- Cooper, J. O., Heron, T. E. & Heward, W. L. (2020). *Applied behavior analysis* (3. utg.). Pearson Education.
- Daffern, M. & Howells, K. (2007). Antecedents for aggression and the function analytic approach to the assessment of aggression and violence in personality disordered patients within secure settings. *Personality and Mental Health*, 1(2), 126–137. <https://doi.org/10.1002/pmh.16>
- Daffern, M. & Howells, K. (2009). The function of aggression in personality disordered patients. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(4), 586–600. <https://doi.org/10.1177/0886260508317178>
- Deochand, N., Eldridge, R. R. & Peterson, S. M. (2020). Toward the Development of a Functional Analysis Risk Assessment Decision Tool. *Behavior Analysis in Practice*, 13(4), 978–990. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00433-y>
- Desrochers, M. N., Hile, M. G. & Williams-Moseley, T. L. (1997). Survey of functional assessment procedures used with individuals who display mental retardation and severe problem behaviors. *American journal of mental retardation : AJMR*, 101 5, 535–546.
- Dixon, M. R. & Johnson, T. E. (2007). The gambling functional assessment (GFA): An assessment device for identification of the maintaining variables of pathological gambling. *Analysis of Gambling Behavior*, 1, 44–49. [https://www.researchgate.net/publication/275659858\\_The\\_gambling\\_functional\\_assessment\\_GFA\\_An\\_assessment\\_device\\_for\\_identification\\_of\\_the\\_maintaining\\_variables\\_of\\_pathological\\_gambling](https://www.researchgate.net/publication/275659858_The_gambling_functional_assessment_GFA_An_assessment_device_for_identification_of_the_maintaining_variables_of_pathological_gambling)
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D. & Belfrage, H. (2013). *Assessing risk for violence – User guide*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Dracobly, J. D., Dozier, C. L., Briggs, A. M. & Juanico, J. F. (2018). Reliability and validity of indirect assessment outcomes: Experts versus caregivers. *Learning and Motivation*, 62, 77–90. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.lmot.2017.02.007>
- Durand, V. M. (1990). *Severe behavior problems : a functional communication training approach*. Guilford Press.
- Ellingson, S. A., Miltenberger, R. G. & Long, E. S. (1999). A survey of the use of functional assessment procedures in agencies serving individuals with developmental disabilities. *Behavioral interventions*, 14, 187–198.
- Fryling, M. & Baires, N. (2016). The Practical Importance of the Distinction Between Open and Closed-Ended Indirect Assessments. *Behavior Analysis in Practice*, 9, 146–151. <https://doi.org/10.1007/s40617-016-0115-2>
- Greer, B. D., Neidert, P. L., Dozier, C. L., Payne, S. W., Zonneveld, K. L. M. & Harper, A. M. (2013). Functional analysis and treatment of problem behavior in early education classrooms. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 289–295. <https://doi.org/10.1002/jaba.10>
- Hanley, G. P. (2012). Functional assessment of problem behavior: dispelling myths, overcoming implementation obstacles, and developing new lore. *Behavior Analysis in Practice*, 5(1), 54–72. <https://doi.org/10.1007/s40617-012-0001-1>

- [doi.org/10.1007/BF03391818](https://doi.org/10.1007/BF03391818)
- Hanley, G. P., Iwata, B. A. & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 147–185. <https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-147>
- Hanley, G. P., Jin, C. S., Vanselow, N. R. & Hanratty, L. A. (2014). Producing meaningful improvements in problem behavior of children with autism via synthesized analyses and treatments. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 47(1), 16–36. <https://doi.org/10.1002/jaba.106>
- Helsedirektoratet. (2015a). Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/habilitering-av-voksne-i-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2015b). *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming : lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9* (Bd. IS-10/2015). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/rettsikkerhet-ved-bruk-av-tvang-og-makt-overfor-enkelte-personer-med-psykisk-utviklingshemming>
- Helsedirektoratet. (2021). Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>
- Hersen, M. & Sturmey, P. (2012a). *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology, Adult Disorders : Adult Disorders*. Wiley.
- Hersen, M. & Sturmey, P. (2012b). *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology, Child and Adolescent Disorders : Child and Adolescent Disorders*. Wiley.
- Holden, B. (1997). Funksjonelle analyser av utfordrende atferd: En begrepsavklaring og litteraturgjennomgang. *Diskriminanten*, 4, 5–23.
- Holden, B. (2008). *Psykiske lidelser og utviklingshemning : atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Gyldendal akademisk.
- Holden, B. (2013a). Funksjonelle analyser av problematferd. En introduksjon. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 40(2), 121–132.
- Holden, B. (2013b). *Miljøbehandling : en atferdsanalytisk tilnærming*. Gyldendal akademisk.
- Holden, B. (2016). *Utfordrende atferd og utviklingshemning* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Iwata, B. A., DeLeon, I. G. & Roscoe, E. M. (2013). Reliability and validity of the Functional Analysis Screening Tool. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 271–284. <https://doi.org/10.1002/jaba.31>
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E. & Richman, G. S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention In Developmental Disabilities*, 2(1), 3–20. [https://doi.org/10.1016/0270-4684\(82\)90003-9](https://doi.org/10.1016/0270-4684(82)90003-9)
- Iwata, B. A., Pace, G. M., Dorsey, M. F., Zarcone, J. R., Vollmer, T. R., Smith, R. G., Rodgers, T. A., Lerman, D. C., Shore, B. A., Mazaleski, J. L., Goh, H. L., Cowdery, G. E., Kalsher, M. J., McCosh, K. C. & Willis, K. D. (1994). The functions of self-injurious behavior: an experimental-epidemiological analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 215–240. <https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-215>
- Kahng, S., Hausman, N. L., Fisher, A. B., Donaldson, J. M., Cox, J. R., Lugo, M. & Wiskow, K. M. (2015). The safety of functional analyses of self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 48(1), 107–114. <https://doi.org/10.1002/jaba.168>
- Kern, L., Mauk, J. E., Marder, T. J. & Mace, F. C. (1995). Functional analysis and intervention for breath holding. *Journal*

- of *Applied Behavior Analysis*, 28(3), 339–340. <https://doi.org/10.1901/jaba.1995.28-339>
- Kurtz, P. F., Fodstad, J. C., Huete, J. M. & Hagopian, L. P. (2013). Caregiver and staff-conducted functional analysis outcomes: A summary of 52 cases. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(4), 738–749. <https://doi.org/10.1002/jaba.87>
- Lambert, J. M., Bloom, S. E. & Irvin, J. (2012). Trial-based functional analysis and functional communication training in an early childhood setting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45(3), 579–584. <https://doi.org/10.1901/jaba.2012.45-579>
- Leader, G., Casburn, M., Maher, L., Ferrari, C., Naughton, K., Wicks, T. R. & Mannion, A. (2021). Populations and Problems Evaluated with Functional Assessment. I J. L. Matson (Red.), *Functional Assessment for Challenging Behaviors and Mental Health Disorders* (s. 75–151). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-66270-7\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-030-66270-7_4)
- Lerman, D. & Iwata, B. (1993). Descriptive and experimental analyses of variables maintaining self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26(3), 293–319. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1297754/pdf/jaba00013-0017.pdf>
- Matson, J. L. & Vollmer, T. R. (1995). *User's Guide: Questions About Behavioral Function (QABF)*. Scientific Publishers.
- Matson, J. L. & Williams, L. W. (2014). Functional Assessment of Challenging Behavior. *Current Developmental Disorders Reports*, 1(2), 58–66. <https://doi.org/10.1007/s40474-013-0006-y>
- Millichap, D., Oliver, C., McQuillan, S., Kalsy, S., Lloyd, V. & Hall, S. (2003). Descriptive functional analysis of behavioral excesses shown by adults with Down syndrome and dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(9), 844–854. <https://doi.org/10.1002/gps.930>
- Miltenberger, R. G., Valbuena, D. & Sanchez, S. (2019). Functional Assessment of Challenging Behavior. *Current Developmental Disorders Reports*, 6(4), 202–208. <https://doi.org/10.1007/s40474-019-00180-y>
- Moniz Cook, E. D., Swift, K., James, I., Malour, R., De Vugt, M. & Verhey, F. (2012). Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006929.pub2>
- Mueser, K. T., Linderoth, L. & Andersen, T. M. (2006). *Integrert behandling : av rusproblemer og psykiske psykiske lidelser*. Universitetsforl.
- Myhre, M. Ø. & Strømgren, B. (2015). Atferdsanalytisk forståelse og behandling av depresjon. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 42(2), 79–90.
- Nicholson, J., Konstantinidi, E. & Furniss, F. (2006). On some psychometric properties of the questions about behavioral function (QABF) scale. *Research in Developmental Disabilities*, 27(3), 337–352. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.04.001>
- Nijman, H., Bjørkly, S., Palmstierna, T. & Almvik, R. (2010). Assessing Aggression of Psychiatric Patients: Methods of Measurement and Its Prevalence. I D. Richter & R. Whittington (Red.), *Violence in mental health settings*. Springer.
- O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K. & Newton, J. S. (1997). *Functional Assessment and Program Development for Problem Behavior* (2. utg.). Wadsworth Publishing Co.
- Oliver, A. C., Pratt, L. A. & Normand, M. P. (2015). A survey of functional behavior assessment methods used by behavior analysts in practice. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 48(4), 817–829.

- <https://doi.org/10.1002/jaba.256>
- Paclawskyj, T. R., Matson, J. L., Rush, K. S., Smalls, Y. & Vollmer, T. R. (2001). Assessment of the convergent validity of the Questions About Behavioral Function scale with analogue functional analysis and the Motivation Assessment Scale. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(Pt 6), 484–494. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00364.x>
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment* [doi:10.1037/10894-000]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10894-000>
- Pivalizza, P., Augustyn, M. & Armsby, C. (2021). Intellectual disability (ID) in children: Management, outcomes, and prevention. [https://www.uptodate.com/contents/intellectual-disability-id-in-children-management-outcomes-and-prevention?search=challenging%20beh%20intellectual%20disabi&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H5](https://www.uptodate.com/contents/intellectual-disability-id-in-children-management-outcomes-and-prevention?search=challenging%20beh%20intellectual%20disabi&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H5)
- Quearry, A. G. & Lundervold, D. A. (2016). Functional analysis and intervention for perseverative verbal behaviour of an older adult with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 30(10), 1276–1278. <https://doi.org/10.1080/02699052.2016.1183170>
- Reichert, R. A., Legal, E. J., Oliani, S. M. & Zamignani, D. R. (2021). Functional Analysis of Substance Use and Dependence. I S. M. Oliani, R. A. Reichert & R. A. Banaco (Red.), *Behavior Analysis and Substance Dependence: Theory, Research and Intervention* (s. 51–60). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-75961-2\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-75961-2_5)
- Roscoe, E. M., Phillips, K. M., Kelly, M. A., Farber, R. & Dube, W. V. (2015). A statewide survey assessing practitioners' use and perceived utility of functional assessment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 48(4), 830–844. <https://doi.org/10.1002/jaba.259>
- Sigafoos, J. & Sagers, E. (1995). A discrete-trial approach to the functional analysis of aggressive behaviour in two boys with autism. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 20(4), 287–297. <https://doi.org/10.1080/07263869500035621>
- Smith, C. M., Smith, R. G., Dracobly, J. D. & Pace, A. P. (2012). Multiple-respondent anecdotal assessments: an analysis of interrater agreement and correspondence with analogue assessment outcomes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45(4), 779–795. <https://doi.org/10.1901/jaba.2012.45-779>
- Strohmeier, C., Stein, S. & Cipani, E. (2016). Brief functional analysis of repetitive verbal behavior (vocal stereotypy) for an adult with acquired brain injury. *International Journal on Disability and Human Development*, 15(1), 19–22. <https://doi.org/10.1515/ijdh-2014-0021>
- Sullivan, W. F., Diepstra, H., Heng, J., Ally, S., Bradley, E., Casson, I., Hennen, B., Kelly, M., Korossy, M., McNeil, K., Abells, D., Amaria, K., Boyd, K., Gemmill, M., Grier, E., Kennie-Kaulbach, N., Ketchell, M., Ladouceur, J., Lepp, A., Lunsy, Y., McMillan, S., Niel, U., Sacks, S., Shea, S., Stringer, K., Sue, K. & Witherbee, S. (2018). Primary care of adults with intellectual and developmental disabilities: 2018 Canadian consensus guidelines. *Canadian Family Physician*, 64(4), 254–279.
- Thomason-Sassi, J. L., Iwata, B. A., Neidert, P. L. & Roscoe, E. M. (2011). Response latency as an index of response strength during functional analyses of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44(1), 51–67. <https://doi.org/10.1901/jaba.2011.44-51>
- Thompson, R. H. & Borrero, J. C. (2011). Direct Observation. I W. W. Fisher, C. C. Piazza & H. S. Roane (Red.), *Handbook of applied behavior analysis*. The Guilford

- Press.
- Torve, B. A. & Larsen, R. (2020). Funksjonelle analyser i norske studier av behandling av utfordrende atferd. Hvilke metoder brukes, og hvor nyttige er de? *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 47(2), 81–96.
- Touchette, P. E., MacDonald, R. F. & Langer, S. N. (1985). A scatter plot for identifying stimulus control of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18(4), 343–351. <https://doi.org/https://doi.org/10.1901/jaba.1985.18-343>
- Vea, S. O., Akselsen, J. M., Rolund, A., Larsen, K., Marit, S. & Svendsen, J. (2019). Autismespekterforstyrrelser 0-6 år: Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI). <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/autismespekterforstyrrelser-eibi-early-intensive-behavioral-intervention>
- Weissman, L., Augustyn, M., Patterson, M. C. & Torchia, M. M. (2021). Autism spectrum disorder in children and adolescents: Overview of management. [https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-management?search=autism%20spectrum%20disorder&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H8](https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-management?search=autism%20spectrum%20disorder&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H8)
- Wilder, D. A. (2009). A Behaviour Analytic Formulation of a Case of Psychosis. I P. Sturmey (Red.), *Clinical Case Formulation. Varieties of Approaches*. John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470747513>
- Wiskirchen, R. R., Deochand, N. & Peterson, S. M. (2017). Functional analysis: A need for clinical decision support tools to weigh risks and benefits. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 17(4), 325–333. <https://doi.org/10.1037/bar0000088>
-