

5. Hvordan er høringsinnspillet forankret? *

- ☐ Politisk ledelse
- ☐ Administrativ ledelse
- ☒ Faglig ledelse
- ☐ Annet/ikke relevant

Fremhevede spørsmål

6. I hvilken grad vurderer du/dere at ambulant spesialisthelseteam kan bidra til å redusere forekomsten av alvorlig vold og overgrep blant barn og unge med høy risiko for å skade andre? *

	I liten grad	I stor grad	Vet ikke
Spørsmål	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

7. Utdyp svaret over *

Et ambulant team for identifiserte barn og unge i stor risiko for vold og skadelig seksuell atferd mot andre kan redusere forekomsten i denne gruppen. Det vil avhenge av om behandlingen virker og når frem. Effekten av et ambulant spesialisthelseteam er avhengig av tett samarbeid med lokale tjenester, tilgjengelige ressurser og en systematisk evaluering av tiltakets virkning over tid. Den tverrfaglige tilnærmingen, samt muligheten til å tilby fleksible og lokalt tilpassede tiltak basert på et bredt spekter av kunnskapsbaserte metoder – og ikke bare RNR-prinsipper – vil være avgjørende for å redusere risikoen.

8. I hvilken grad vurderer du/dere at ambulant spesialisthelseteam kan bidra til et mer likeverdig behandlings- og oppfølgingstilbud for barn og unge med høy risiko for å skade andre? *

	I liten grad	I stor grad	Vet ikke
Spørsmål	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. Utdyp svaret over *

Teamets tverrfaglige tilnærming, fleksibilitet og evne til å tilpasse seg lokale forhold er viktige faktorer som fremmer likeverdighet. Ved å reise ut til barn og unge i deres nærmiljø og støtte lokale tjenester med fagspesifikk kompetanse, kan teamet redusere geografiske og ressursmessige forskjeller. Likevel er effekten avhengig av at det finnes tilgjengelige ressurser og en god forankring i lokale tjenester for å sikre bærekraftige resultater over tid.

10. Vurderer dere at målgruppen (barn og unge med høy risiko for å skade andre fra 10-18) vil bli henvist til tilbudet? Hvilke utfordringer ser dere eventuelt ved den skisserte henvisningsprosessen? *

Det er sannsynlig at målgruppen vil bli henvist til tilbudet, men det kan oppstå utfordringer knyttet til den skisserte henvisningsprosessen. Det er positivt at psykologer, leger og barnevernledere kan henvise, men det bør vurderes om også andre aktører som PPT, politiet/Statens barnehus og ungdomscoordinatorer i Konfliktrådet kan inkluderes for å sikre at alle relevante saker fanges opp. Hvis henvisningsfullmakter skal utvides til flere enn de som per dags dato har dette, etterlyser vi rutiner for hvordan teamet kan kvalitetssikre punktet om psykisk og somatisk helse, utvikling og fungering.

Innspill etter kapitteinndeling

11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

Dersom det blir bestemt at ambulant spesialisthelseteam skal innføres er vi positive til forslaget om å pilotere det før det vurderes om det skal settes ut i stor skala på nasjonalt nivå. En slik pilotering vil kunne gi nyttig informasjon om både hva som synes å fungere godt og eventuelt ikke så godt med både behandlingstilbudet og implementering av det. Pilotering vil gjøre det mulig å foreta justeringer på tiltaket og implementeringen før eventuell nasjonal spredning. Vi støtter Helsedirektoratets anbefaling om å gjennomføre implementeringsforskning i piloteringsfasen.

12. Målsetning

13. Målgruppe

Vi etterlyser en tydeliggjøring av vektning av hvilke kriterier som avgjør om barnet er i målgruppen eller ikke. Det er ikke tydeliggjort om psykisk lidelse er et kriterium som må ligge til grunn, eller om kun atferd kan ligge til grunn alene.

14. Utfordringsbildet

15. Alternative muligheter

Vi vurderer at en modell med flere regionale ambulante spesialisthelseteam, forankret i de fem regionale helseforetakene, kan være en bedre løsning enn et nasjonalt team. Ved å etablere ett team per helseregion kan man oppnå flere fordeler: bedre geografisk tilgjengelighet, økt lokal kunnskap om regionale forhold, og et sterkere samarbeid med lokale tjenester som allerede er godt kjent med utfordringene i området. Dette kan også bidra til raskere respons på henvisninger og en mer fleksibel tilpasning til regionale behov og ressurser. En regional modell vil samtidig gjøre det enklere å bygge relasjoner mellom teamene og relevante aktører som barnevern, politi, skole og helse i hver enkelt region. Selv om teamene bør jobbe etter samme prinsipper og metode som skissert i forslaget, vil en regional tilnærming sikre at teamene kan være tettere integrert med de lokale nettverkene og gi et tilbud som er bedre tilpasset lokale utfordringer og målgruppens behov.

16. Kostnader

17. Gevinster

18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

Det er helt nødvendig å se innsatsen opp mot eksisterende tjenester som dekker den beskrevne målgruppa; BUP, FACT ung, Statens barnehus, MST og andre relevante tiltak i regi av BUFETAT, kommunalt barnevern og andre kommunale innsatser. Det vil være viktig å bruke erfaringene fra f.eks. FACT ung i implementeringen av ambulant team. Flere av de eksisterende teamene/tjenestene vil ha en lik målgruppe, og Helsedirektoratet bør se ulike prosjekter og team/retningslinjer som skal implementeres i sammenheng, og at de bør knyttes opp mot allerede eksisterende kompetansesentre. Det må legges til rette for bærekraft og "livet etter at teamet trekker seg ut" helt fra begynnelsen av. Det betyr bl.a. at det må satses systematisk på kompetanseoppbygging, samarbeidsrelasjoner og rutiner, og implementeringskunnskap i de involverte tjenestene. Vi støtter viktigheten av informasjonsdeling og synlighet slik at tilbudet blir godt kjent hos aktuelle tjenester. Det bør settes av egne ressurser til dette arbeidet.

Generelle innspill

19. Øvrige eller mer overordnede innspill til konseptforslaget?

Konseptutredningen nevner ikke behov for kultursensitive tjenester eller tiltak. Det er viktig i denne sammenheng.