

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 *

Da det er valgt å ta utgangspunkt i en modell fra Australia (GRYFS), så er det relevant å se på forskjellene mellom Australia og Norge. GRYFS nevner eksplisitt på sin hjemmeside at de kun tar i mot henvisninger av ungdommer som er dømt, eller siktet for lovbrudd. Australia har p.t en strafferettslig lavalder på 12 år, hvilket er en stor forskjell fra Norge, hvor den er 15. Videre er GRYFS forankret i rettsmedisinsk/akademisk miljø, ikke i psykisk helsevern. De ansatte i GRYFS er også sterkt spesialiserte og bedriver egen forskning knyttet til Griffith University. Det fremstår ikke som at GRYFS har et mandat til å jobbe med forebygging av vold / overgrep som ikke har manifestert seg enda, hvilket er noe av tanken med ambulant spesialisthelsetjenestetteam.

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 *

Datagrunnlaget rundt forekomst som er presentert i konseptutredningen er til dels basert på et estimat, samt referert til personlig kommunikasjon med en forsker på UiO. Det er estimert at 400 ungdommer vil kunne være målgruppen nasjonalt. Det er ikke mulig å utlese hvorvidt det er 400 unike individer per år, eller om det er 400 totalt under en periode på 8 år (1997-2005). Det er også stor usikkerhet knyttet til hvor stor andel av ungdommene som trenger psykiatrisk behandling. Det er derfor vanskelig å mene noe om hvorvidt et ambulant team kan bidra til likeverdig behandling.

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? *

Siden målgruppen er barn og unge i alderen 10-18 år med høy risiko for ny eller gjentakende utøvelse av vold og/eller SSA, med spesielt fokus på alderen 10-15, så risikerer man å identifisere et stort antall falske positive, dvs. ungdommer med høy risiko som ikke ville utøvd vold /SSA. Prediksjon av voldsrisiko knyttet til ikke utøvd vold er særdeles vanskelig, da den mest kjente risikofaktoren for vold er tidligere vold. Videre er det ikke redegjort for hvem som skal samtykke til henvisning, da ungdommer over 12 år skal bli hørt i slike saker, og ungdommer over 16 skal samtykke til helsehjelp selv. Siden teamet er forankret i helsevesenet så vil helselovgivningen gjelde. Hadde teamet vært forankret i justissektoren eller barneverntjenesten så ville annen lovgiving gjelde.

Innspill etter kapittelinnledning

11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

Pilotere ambulant spesialisthelseteam: Generelt er enhver styrking av tilbudet til barn og ungdom en god sak, men det går ikke å utlese hva som vil bli konsekvensen dersom piloteringen ikke er vellykket. Videre har man lagt en utenlandsk modell til grunn, som har vesentlige forskjeller fra pilotmodellen, både på målgruppen, hvem som henvises og som henviser, samt et annet lovverk knyttet til barn og ungdom.

12. Målsetning

Målsetningen favner over forebygging av videre vold, samt vold som kan komme til å utøves, som to forskjellige grupper ungdommer. Det vil være vanskelig å vurdere effekten av reduksjon av hendelser som ikke skjedd, jamfør forskning rundt selvmordsforebygging og risikovurdering.

13. Målgruppe

Teamet bør fokusere på ungdommer med kjent voldsutøvelse / SSA og nedprioritere høyrisikogruppen som enda ikke har utført handlinger, da man risikerer at antallet henvisninger vil bli alt for stort dersom begge grupper skal inkluderes.

14. Utfordringsbildet

Det er en utfordring at organiseringen ligger innenfor helsevesenet på sykehusnivå og ikke innenfor rettsmedisin. Dette gjelder både hvilken kompetanse som er ønsket i teamet, samt hvilken forankring teamet skal ha mot justissektoren og barneverntjenesten. GRYFS-teamet i Australia er høyspesialisert og sterkt knyttet til rettsmedisinsk miljø. Piloteringen har valgt å tenke flere regionale team på grunn av reiseavstander. Da må det påpekes at Queensland i Australia, som har kun det ene teamet med syv medlemmer, er verdens 6:e største region (1,8m km2 mot Norges 385k km2). Antall innbyggere totalt er noenlunde likt. Å rekruttere spisskompetanse til flere regionale team i Norge vil være en meget stor utfordring, da det i utgangspunktet er svært få i Norge som har kompetanse på målgruppen.

15. Alternative muligheter

Styrke eksisterende tjenester (psykisk helsevern, barnevern, politi) med både ressurser og utdanning knyttet til tematikken.

16. Kostnader

Ingen innspill.

17. Gevinster

Forutsatt vellykket pilotering og videre nasjonal implementering så fremstår gevinstene som rimelige.

18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

Betydelsen av ungdommers motivasjon for behandling er lite vektlagt gjennom konseptutredningen. Det bør tas stilling til om tilbudet skal være avhengig av dette, eller om tvungen deltakelse som et ledd i en strafferettslig prosess eller knyttet til barneverntjenesten også kan være mulig. Hvor teamet er organisert / forankret vil ha implikasjoner for dette.

Generelle innspill

19. Øvrige eller mer overordnede innspill til konseptforslaget?

Ambulant spesialisthelseteam er et ledd i en større nasjonal strategi. Hvorvidt piloteringen vil være vellykket er avhengig av at de øvrige tiltakene i strategien blir implementert parallelt, da teamet ikke skal ha selvstendig behandlingsansvar, men skal samhandle med øvrig hjelpeapparat. Det er helt nødvendig at kompetansen og ressursene i det øvrige hjelpeapparatet (kommuner og institusjoner) er så utviklet at teamet har noen å samhandle med, hvilket er en utfordring i dag.