

## **Høringssvar om pilotering av ambulant spesialisthelseteam til barn og unge med høy risiko for å skade andre.**

Oslo, 23. januar 2025

Stiftelsen Alternativ til Vold (ATV) er glade for muligheten til å la oss høre i denne saken. ATV stiller seg for øvrig bak høringsuttalelsen som har kommet fra Norsk Psykologforening (NPF).

Saken berører et viktig tema knyttet til vold, folkehelse og samfunnets ønske om å iverksette tiltak som kan motvirke denne problematikken på et samfunnsnivå, men også med blick på viktigheten av å bedre livskvaliteten til de enkelte personene som berøres av dette. Denne saken har flere fokus; styrke eksisterende tjenester, effekt- og implementeringsforskning, og opprettelse av et kvalitetsregister. Høringsuttalelsen fra ATV fokuserer primært det første fokusområdet.

Det er flere forhold ved et ambulant spesialisthelseteam (ASH) for unge med høy risiko for utøvelse av vold og skadelig seksuell atferd vi ønsker å kommentere.

Helsedirektoratet fremhever at dette tiltaket skal komme i tillegg til styrking av eksisterende tilbud. Hvordan eksisterende tilbud skal styrkes sies det ikke så mye om. Likevel, uavhengig av denne styrkingen må det vurderes om utbytte av å etablere ASH overgår utgiftene. I dag finnes for eksempel 25 MST-team over hele landet. Disse teamene arbeider akkurat slik det ser ut at ASH er ment å arbeide. MST jobber med ungdommen og deres familier og nettverk, der ungdommen bor. MST er altså ambulante. De arbeider konkret med ungdom som utøver vold og har et samarbeid med V 27 i Bergen om hvordan hjelpe ungdom som utøver SSA. Det som skiller MST fra ASH, er at de har en tydelig metodikk for hvordan de arbeider med de aktuelle ungdommene og deres familier/nettverk. At hjelpetiltak har en felles behandlingstilnærming, er helt avgjørende for å lykkes i endringsarbeidet. Om teamet ikke har en felles tilnærming, er det lett for at tilbudet først og fremst blir preget av utredning. Utredning innbyr til at ulike spesialistkompetanse undersøker hva som er årsak til problemet, men forskriver ikke en metodikk for endring. I intervjuene med ungdommene og deres pårørende, fremheves nettopp savnet av behandlingsmetodikk. Vi vet det tar tid for et team å finne frem til gode måter å samarbeide og ikke minst enes om en behandlingsmetodikk. Derfor synes det som om gevinsten vil være større ved å styrke allerede etablerte tilbud (som for eksempel MST) enn ved å etablere et nytt team. Dette forslaget om å se på de allerede eksisterende MST-teamene kan en tenke at har et dilemma innebygget i seg. MST-teamene er organisert under Bufetat/ Bufdir/ Barne- og familiedepartementet (BFD). Så dersom en skulle satse på MST-teamene i denne sammenhengen, ville det fordre et godt og strukturert *samarbeid/ samhandling* mellom tjenestene styrt av henholdsvis HOD og BFD.

Sammensetningen av teamet synes å vektlegge utredningskompetanse og medisinsk/biologisk kompetanse. Det fremheves i beskrivelsen av målgruppen at dette er barn som vokser opp med mange belastninger som svak foreldrekapasitet, omsorgssvikt og levekårsutfordringer. Det vises også til underliggende tilstander og diagnoser som reguleringsvansker, emosjonelle, relasjonelle og sosiokognitive vansker. Men disse vanskene kan også ha

forbindelser til oppvekstvilkårene og ikke nødvendigvis være årsaken til voldsutøvelsen. En vektlegging av medisinsk kompetanse i ASH kan gi et inntrykk at ungdommens voldsutøvelse/SSA viser til at det er noe galt med ungdommen og ikke med oppvekstvilkårene.

Dersom ungdommen har spesifikke utviklingsforstyrrelser eller strev som faller innenfor habiliteringsfeltet, er det selvfølgelig avgjørende at dette blir diagnostisert slik at hjelper ikke stiller krav til ungdommen som den ikke kan innfri. Spørsmålet er imidlertid om det er nødvendig å etablere et eget team med denne kompetansen for å gjøre en slik utredning. En kan spørre seg om det ikke ville være mer hensiktsmessig å bruke den spesialkompetansen som allerede finnes i regionen. Ved å plassere for eksempel nevropsykolog, lege og psykiater i teamet kan man hindre aktivisering av slik spisskompetanse som finnes i regionen. Helsedirektoratet beskriver riktignok at det mangler slik kompetanse i enkelte områder og at det derfor vil være nyttig med ASH. Men denne spisskompetansen kunne blitt i varetatt ved å styrke regionale spisskompetanseteam som for eksempel teamene som bygges opp for å styrke lokale hjelpe tilbud i å behandle ungdom som utøver SSA.

*Voldsproblemer og SSA er ikke nødvendigvis det samme og kan kreve ulik kompetanse.* Det bør diskuteres om barn med voldelig atferd skal settes i samme kompetanseteam som barn med SSA. Vi har ikke for hånden forskning på at de med voldsproblemer og de med seksuell skadelig atferd trenger ulike intervensjoner. Flere av kontorene i ATV har oppdrag på å forvalte behandlingstilbud til ungdom som har utviklet volds- og aggresjonsproblemer (Asker & Bærum, Drammen, Kristiansand, og Stavanger fra 2025). ATV Drammen har over 20 år utviklet dette behandlingstilbudet. Basert på ATVs erfaring med barn og unge som har volds- og aggresjonsproblemer, sammenfaller dette sjelden med SSA problematikk. Det kan derfor spørres om dette springer ut fra to forskjellige psykologiske problemer og derfor burde aktualisere spørsmålet om to ulike kompetansesentre. Med tanke på det foreliggende forslaget til pilotering av et spesialisthelseteam, vil det således kunne argumenteres for viktigheten av god faglig begrunnelse og rasjonale for ett spesialisthelseteam som skal dekke begge fagområdene.

Spisskompetanse er ikke først og fremst er knyttet til enkeltpersoner, men til hvordan et team er i stand til å dra veksler på deltakernes kompetanse slik at de drar i samme retning. Å utvikle et solid teamarbeid krever tid og ressurser å få til. ASH er sammensatt av deltids- og heltid-stillinger. Det er noe uklart hva som er begrunnelsen for dette. Man kan også savne en tydeligere begrunnelse for sammensetningen av teamet. Det er videre uklart hvor teamet skal plasseres og hvordan man ser for seg at den ambulante virksomheten skal fungere. Realiteten i hvor spisskompetente et ASH-team vil kunne bli, bør altså begrunnes bedre.

Avslutningsvis vil vi løfte opp behovet for at et slikt pilotprosjekt *realevalueres* når det er gjennomført. Å iverksette en pilot handler jo nettopp om å teste ut et prosjekt og en rasjonale før det eventuelt rulles ut i større/ full skala.

Vennlig hilsen,  
Marius Råkil  
Direktør  
Alternativ til Vold (ATV)