

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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Utdyp svaret over *

Sannsynligvis. Målgruppen er smal og består av alvorlige tilfeller med store konsekvenser for eget og andres liv. Forskning peker vanligvis på god effekt av team med fagspesifikk kompetanse når brukeren har spesialisert problemstilling. Ambulante team er viktig for å gi pasientene behandling der de bor, men det er også ressurskrevende. Selv med særskilt finansiering er det fare for at andre tjenester opplever ressursmangel. Prosjektet vil kreve utstrakt bruk/overføring av personell fra allerede overbelastede tjenester. Befolkningen har vesentlig økende forventninger til tjenester som også de med milde tilstander trenger. Disse henvises i økende grad til spesialisthelsetjenesten. Vi må derfor gi noen mindre tjenester, uten at det er tydelig hvem som skal få mindre. I tillegg risikerer vi å erstatte en type samhandlingsproblem (innad i kommunale tjenester, og opp mot spesialisthelsetjenesten), med enda et samarbeid mellom ulike ambulante tilbud og/ eller opp mot nevnte eksisterende samhandlingsproblem.

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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Utdyp svaret over *

Våre erfaringer viser at regionale og nasjonale tilbud innenfor andre fagområder til dels blir variabelt brukt, og ikke alle er kjent med tilbudene. De som ligger fysisk nært ser ut til å ha større forbruk og vice versa. Det blir til dels avhengig av at noen i systemet er kjent med teamet/ hvem de kan kontakte. Med 400 barn i Norge, betyr det at vårt foretak er sted mellom 10-15 barn. De som ikke har noe tilbud per i dag vil få noe tilført, mens de som har etablert tilbud vil få betydelig mindre. Dette vil medføre at alle får noe, men ikke at det blir likeverdig tilbud. Det foreligger en risiko i at det ikke lønner seg å satse lokalt med egne ressurser, da en ikke vil få tilført eksterne ressurser for å gjennomføre oppdraget.

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? *

Ja, utfordringen blir i å få de rette sakene henvist, de 400 som det skrives om. Tjenesten vil derimot sannsynligvis ha ønske og behov for bistand med en langt større gruppe. Utfordringen ligger i å få de rette sakene henvist. Når spesialisthelsetjenesten henviser til teamet så er pasientene allerede rettighetsvurdert og sannsynligvis igangsatt, slik at det vil bli en overføringssak.

Innspill etter kapittelinndeling

11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

Enig.

12. Målsetning

Ok.

13. Målgruppe

Det er noe uklart hvordan en skal skille mellom barn og unge som har høy risiko for ny eller gjentakende (...) og målgruppen for sikkerhetspsyk. for de under 18 år med samtidig alvorlig voldsatferd. Vil vi havne der vi skaper nye samarbeidsutfordringer?

14. Utfordringsbildet

15. Alternative muligheter

Det fremstår urealistisk at et sentralt/ nasjonalt tilbud vil kunne være «på hjul» i hele landet.

16. Kostnader

Marginale utgifter til opplæring? Hvis du tar med reise, kost, opphold og kursavgift på en konferanse så rekker det til omtrent å sende 2 ansatte i året til Oslo, ev. 4-5 hvis det er ingen kursavgift.
Hele budsjettet fremstår urealistisk der kostnadene vil være mye høyere enn det som er budsjettet. Nåværende estimat dekker nesten ikke lønnen til 9 årsverk. Det er skissert at det fram til 2033 skal være 50? terapeuter. Ingen lønnsmidler til disse er skissert i budsjett.

17. Gevinster

To innspill: Det kan se ut som at beregningen forutsetter at en i dag ikke bruker ressurser på pasientene og/ eller ikke lykkes med å levere tjenester med effekt? Ser ikke at en har vurdert alternativkostnaden her?

18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

Variasjon i pilotområder: Alt for ofte velger en å kjøre dette i store byer der en kan hoppe over en rekke utfordringer knyttet til avstander, befolkningstetthet og tilgang på kompetanse. Det er sannsynligvis mest behov for å teste dette ut der vi allerede i dag vet det er utfordrende, dvs. i små og mellomstore regioner, og særlig i Nord-Norge. Piloten bør ikke gjennomføres i Oslo, Stavanger, Bergen eller Trondheim.

Generelle innspill

19. Øvrige eller mer overordnede innspill til konseptforslaget?

Tilbudet skal ikke gå på bekostning av øvrige tjenester. Hvor fra har man tenkt å rekruttere de 50 terapeutene? Det høres også noe overdimensjonert ut med 50 terapeuter i.f.t. pasientgrunnlaget som er lagt til grunn.
Oppdraget fra teamet skal i hovedsak gå der hvor det er lite tilbud fra før. Vil opprettelsen av ambulant spes.helseteam føre til at steder der det finnes et tilbud i dag vil reduseres lokalt, også med tanke på rekruttering?