

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 *

Det å lykkes med et nasjonalt team avhenger av mange ulike faktorer (som også er beskrevet i konseptutredningen). Det er vanskelig å forutse om det er mulig å få til. En pilotering vil kunne gi kunnskapsgrunnlag til å vurdere sannsynligheten for å lykkes. Det er bred enighet i våre tjenester at dette er en viktig pasientgruppe som utfordrer tjenestene, men vi er samtidig usikre på om slike spesialiserte team vil fungere godt i praksis. Den sentrale utfordringen er å skulle sørge for høyspesialisert behandling til en lavprevalent og lite motivert pasientgruppe der lokalbaserte tiltak og systemarbeid er nøkkelen - denne kombinasjonen peker i motstridende retninger. Lokalbaserte systemiske tiltak og samhandling er avgjørende for å skape bærekraftige løsninger for denne gruppen, og vi er i tvil om et nasjonalt team vil være den beste måten å sørge for dette.

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 *

Det vil sannsynligvis kunne bidra til et mer likeverdig tilbud, men i hvilken grad er vanskelig å vurdere. En pilotering i ulike geografiske områder vil gi mer informasjon om dette. Sannsynligvis vil det kunne bidra mest til likeverdige tjenester i distriktene der en mangler spesialisert kompetanse, og de regionene hvor det er vanskelig å bygge opp gode lokale tiltak både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten. Samtidig er et slikt team vanskelig å rekruttere til i sentrale strøk, og vil trolig være lettere å bygge opp og drifte over tid i en av de større byene. Gjennomtrekk av personale vil uansett bli en utfordring, og piloten bør innebære utstrakt reisevirksomhet, slik at teamet får erfare utfordringene ved gjentatt og omfattende ambulerende over tid og over lange avstander.

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? *

Avhenger av at man lykkes med å informere om tilbudet til sentrale aktører. Også avgjørende at en har et godt mottak av henviste pasienter i det ambulante teamet. Tydelige og gode rammer for rolleavklaring og samarbeidsrutiner. Det avhenger også av at man avdekker unge i risiko for å utvikle skadelig aggressiv atferd, og har gode lokale aktører som kan motivere den unge og systemet rundt for samarbeid. Fra fylte 16 år er det ungdommen selv som må samtykke til henvisningen. En kjent systemisk risiko med regionale og nasjonale kompetansekluster er at de ender med å gi et tilbud til sitt nærområde, og dermed undergraver (snarere enn underbygger) likeverdighet. Igjen er innretningen på piloten avgjørende – man bør gjøre den like krevende som full spredning (men i mindre skala) for å avdekke om dette er en bærekraftig modell.

Innspill etter kapittelinnledning

11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

12. Målsetning

Todelt formål. 1 forebygge at vold eller SSA skjer igjen, eller reduseres. 2 bistå unge med å oppnå egne livsmål på måter som ikke skader andre.

Målsettingen er å redusere kostnadene skadelig aggressiv og seksuell atferd har for den unge selv, samt de som blir utsatt for vold og overgrep. Å redusere kostnadene det har for livsmestring og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Gode mål som vil ha stor samfunnsnyttig effekt og stor gevinst for den enkelte unge med alvorlige utfordringer, om en skulle lykkes med målsettingen.

Hva skal være baseline hvor man måler om effekten er som ønsket? Er det statistikken man henviser til som skal reduseres, eventuelt hvor mye? Og hvordan kan man kontrollere for at det er dette spesifikke tiltaket som har virket, se på tall i spesifikke regioner hvor man har satt inn tiltak gjennom piloten?

13. Målgruppe

Målgruppen er barn og unge fra 10-18 år med høy risiko, hvor man prioriterer gruppen 10-15 år. Det understrekes at tidlig intervensjon er av stor verdi. Identifikasjon av målgruppen sees i sammenheng med bekymringsfull atferd, og i lys av risikofaktorer.

Man har kunnskap om at bekymringsfull atferd stadig vises i yngre alder, dersom tanken er å komme tidlig til, er det muligens nødvendig å sette en nedre aldersgrense. Barn i 8-9 årsalder må også vurderes om atferden er observert sammen med risikofaktorer.

14. Utfordringsbildet

Samarbeid og støtte på tvers av systemer beskrives som avgjørende for å gi støtten som trengs, og å redusere følelsen av avmakt. Dette fordrer at det er tydelige retningslinjer for ansvar og oppgavefordeling, for å unngå at man forsøker å skyve ansvaret over på andre. Slik det ambulante tilbudet er skissert vil dette variere i lys av de lokale tjenestene som er tilgjengelige. Hvordan sikre at tilbudet og behovet overstyrer manglende ressurser / tilgjengelighet?

Tilbudet er beskrevet med en god del reisevirksomhet. Har man andre virksomme tjenester å se til når en skal etablere reisende team med hensyn til arbeidsbelastning, tilrettelegging av arbeidssituasjon på hvordan dette vil påvirke opplevelsen av å være et team?

15. Alternative muligheter

Alternativene som listes opp er å fortsette som før, eller å pilotere et spesialisert tilbud.

Fasit er at det er store mangler i tjenestene i dag. En pilotering av et spesialisert tilbud vil kunne sikre likere tjenester med tilgang på kompetanse, uavhengig av bosted.

Faglig sett bygger man på samme teori grunnlag som mange aktive tilbud i dag, som MST. I praksis vil et sentralt tilbud sikre tilgangen på kompetanse i områder med lav dekning av helsetjenester / gode lokale tilbud.

Videre er det lite beskrevet hvilket ansvar kommunene skal ha i dette arbeidet. Vi ser at kommunene tar initiativ til å opprette egnede behandlingstilbud til denne gruppen med f.eks ATV, og allerede har godt innarbeidet samarbeid mellom politi/justis, BV/BV-vakt, Uteseksjon, SLT og andre tilbud. Det tverrsektorielle ansvarets og mandatfordelingen fremstår noe uklar, selv om den er viktig å få klarhet i.

16. Kostnader

Kostnadsberegnet pilotering av antatt 10% av aktuelt behov, over en treårsperiode.

En vil underveis få et svar på om kostnadene samsvarer med antagelsene og kunne justeres. Estimerte kostnader er lave sammenliknet med antatt samfunnsøkonomisk gevinst. Spørsmålet er om 3 år er tilstrekkelig til å oppnå rekruttering, kompetansebygging og å oppnå stabilitet og kontinuitet slik at man får et bredt nok erfaringsgrunnlag. Oppdraget er muligens mer tidkrevende og må kunne justeres etter behov, og kostnad/gevinst må vurderes opp mot effekten av andre modeller.

17. Gevinster

Antatt gevinst avhenger av antatt effekt, og er store i et livsmestrings og samfunnsøkonomisk perspektiv dersom man lykkes med behandlingstilbudet. En pilot vil kunne gi kunnskapsgrunnlag for å vurdere realiteten.

18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

Peker på viktige faktorer. Viktig å lage gode og tydelige retningslinjer for drift og samarbeid, som tar utgangspunkt i disse faktorene. Dette bør gjøres i samarbeid med brukerrepresentanter og samarbeidsaktører.

Etter vårt syn er den aller mest sentrale forutsetningen at man klarer å rekruttere og vedlike et kompetansemiljø som er villige til den omfattende og vedvarende reisevirksomheten som vil kreves til desentrale strøk, og at man sikrer at miljøet ikke ender med å bare gi et tilbud til pasienter i nærområdet.

Generelle innspill

19. Øvrige eller mer overordnede innspill til konseptforslaget?

Stor satsning på et avgrenset fagområde i samarbeid med alle aktuelle aktører, hvor fokus er på fag og kompetanseutvikling i tilknytning til en gruppe som skaper mye «støy» i tjenestene i dag, uten at en nødvendigvis lykkes med å få til gode behandlingsutfall. Dersom man lykkes med dette, må en på sikt se på overføring til kommunale / lokale aktører med et sentralt veiledningsorgan.

Den sentrale utfordringen er å skulle sørge for høyspesialisert behandling til en lavprevalent og lite motivert pasientgruppe der lokalbaserte tiltak og systemarbeid er nøkkelen - denne kombinasjonen peker i motstridende retninger. Lokalbaserte systemiske tiltak og samhandling er avgjørende for å skape bærekraftige løsninger for denne gruppen, og vi er i tvil om et nasjonalt team vil være den beste måten å sørge for dette.