

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 *

Utvikling av alvorlige atferdsvansker starter svært ofte i ung alder. Manglende behandling og/eller manglende tilgang til/implementering av tilgjengelige evidensbaserte tiltak er ofte årsaken til at barns atferdsvansker ikke blir stoppet i tide. Ubehandlete atferdsvansker og diagnostiserte atferdsforstyrrelser gir høy risiko for videre problemutvikling, alvorligere problematikk og utagerende voldelig atferd. På denne bakgrunn vil vi spille inn at forebygging av atferdsvansker gjennom tilgjengelige virksomme tiltak (jf. Kunnskapsoppsummeringer i Ungsinn.no) bør være hovedstrategien for å redusere forekomsten av slike vansker. Det finnes både universelle tiltak så vel som tiltak på selektivt og indikert nivå.

Imidlertid er det mulig at 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. Dette er et empirisk spørsmål som kan besvares av relevant forskning.

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 *

Et spesialisert team kan bidra til å gi likeverdige tjenester geografisk, gjennom at de vil ha utstrakt erfaring og riktig kompetanse. Imidlertid vil det også komme an på hvem som blir fanget opp og på om tjenestene har tilstrekkelig kompetanse på kartlegging og identifisering. Det vil også avhenge av effekten av tiltaket, kvaliteten på implementeringen av dette tiltaket, i hvilken grad teamet vil klare å gjøre seg kjent for de tjenestene teamet skal nå ut til samt kontinuiteten i tilbudet.

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? *

En utfordring med henvisningsprosessen til ambulant spesialisthelseteam er at målgruppen for tilbudet ikke nødvendigvis selv oppsøker aktuelle henvisere, slik som lege eller psykolog. Vi støtter derfor forslaget om at det bør vurderes hvorvidt helsesykepleiere, konfliktrådet, barnehuset og politi samt ledere i både kommunalt og statlig barnevern bør ha en kobling til ambulant spesialisthelseteam, og ev. ha mulighet for henvisning.

En tilleggsutfordring er at henvisning forutsetter frivillighet, både for pasienter og foreldre. Barn og unge i denne målgruppen er ikke nødvendigvis motiverte for å motta hjelp. Motivasjon må jobbes med i det lokale hjelpeapparatet.

Hvordan skal man løse det om pasienter (og ev. deres foresatte) ikke ønsker å ta i mot behandling? Vi antar at behandlingen skal være frivillig, ev. på bakgrunn av tvangsparagrafer i Barnevernloven. Det vil være utfordringer med behandling og samarbeid mellom tjenester og sektorer dersom man ikke får samtykke.

Å kartlegge risiko for framtidig utøvelse av vold er vanskelig. Etter det vi kjenner til vil det være snakk om å benytte dokumenterte kartleggingsmetoder og bygge prediksjoner på bakgrunn av aktuell kartlegging. Derfor er forskning/evaluering av tilgjengelige kartleggingsmetoder viktig. Slike forhold vil skape grunnlaget for hvem som vil bli fanget opp og henvist videre. Dette vil også være avhengig av kompetanse/ressurser i tjenesten som henviser.

Innspill etter kapittelinnledning

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 ev. 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 Hdirs anbefaling om å gjennomføre implementeringsforskning i piloteringsfasen. Vi også positive til å gjennomføre effektforskning i denne fasen, men denne støtten er betinget av at man har et tilstrekkelig godt forskningsdesign til å kunne gi pålitelig kunnskap om hvor effektivt tiltaket er. Pålitelig kunnskap om tiltakets effekt vil være av uvurderlig verdi når en skal vurdere om tiltaket skal breddes ut nasjonalt i en prosjektperiode. Vi ser dog flere utfordringer med det foreslåtte designet på piloteringen. Først og fremst må målgruppe og målsetninger ekspliseres og operasjonaliseres på gode måter slik at man vet hvilke effektmål som bør kartlegges og for hvilken målgruppe. Så langt vi kan se er det ikke foreslått at det skal samles inn data fra en kontrollgruppe av barn/unge som har tilsvarende problematikk, men som ikke mottar tilbudet under piloteringen. Et slikt design åpner ikke for en reell effektevaluering der de som får tilbudet sammenlignes med andre i målgruppen som ikke får tiltaket. Vi foreslår derfor at en slik sammenlignbar kontrollgruppe blir benyttet i piloteringen, ettersom det vil gi grunnlag for å beregne effekt. I tillegg synes vi det er viktig at piloteringen inneholder tilstrekkelig antall barn/unge slik at det foreligger stor nok grad av statistisk styrke til at en kan forvente at en kan finne statistisk signifikante effekter av tiltaket, med en akseptabel grad av sannsynlighet. Vi er usikre på om det vil være tilfelle for det foreslåtte utvalget, hvor det er foreslått at ca. 40 barn og unge årlig (10% av den totale målgruppen) skal tilbys tilbudet. Vår bekymring går særlig på hvor mange av målgruppen faktisk vil delta i tiltaket og hvor mange av disse igjen som vil være villig til å gi fra seg data som kan brukes i effektivtverdivurderingen. Vi mener det er viktig at disse momentene blir vektlagt i planleggingsfasen av piloteringen.

Vi støtter at teamet jobber fleksibelt og i tett samarbeid med andre lokale tjenester. I tillegg er vi positive til at det er få eksklusjonskriterier for hvem som kan henvises teamet. Dette tror vi er viktig for å nå de barna som er vanskeligst å hjelpe i de ordinære tjenestene. Det er likevel noen forhold knyttet til dette punktet som vi ønsker å påpeke.

Det er uklart hvem som har ansvar for pasientene, når de har pasientrettigheter. Det står at teamet «skal ikke ha ansvar for pasienten» men «skal tilby pasientbehandling der den unge er» (s. 13), noe som må forklares godt med tanke på ansvarsforhold og roller i tiltaksarbeidet. Det kommer frem at pasientene skal henvises teamet, og bli vurdert for rett til helsehjelp, og det anbefales en frist på 3 måneder for oppstart. Ettersom teamet ikke skal ha det formelle ansvaret for pasienten, og at hovedansvaret for oppfølgingen og behandlingen skal skje i de lokale tjenestene, er det utydelig om teamet vil ha myndighet til å sette krav til når andre tjenester skal starte opp behandlingen. Er tanken at de alltid skal gjøre en kartlegging og vurdering der de selv treffer pasienten? I tilfelle kan pasientens motivasjon i noen tilfeller bli en utfordring. Kan i så fall all hjelp gis som veiledning til og koordinering av aktuelle instanser? Vi mener at dette bør tydeliggjøres for å sikre at det er tydelig hvem som har hovedansvaret. Konseptutredningen påpeker selv at utydelighet i ansvar kan føre til at oppfølgingen blir fragmentert og medføre at ungdommen faller mellom flere stoler (s. 33).

12. Målsetning

Selv om reduksjon av vold og overgrep blir ansett som et samfunns mål, mener vi det også bør stå oppført som et effektmål. Videre bør dette hovedmålet operasjonaliseres gjennom relevante delmål, som også omfatter systemet rundt barnet.

13. Målgruppe

Vårt viktigste innspill er at det er uklart hvordan denne gruppen skal defineres og fanges opp. Det gjelder både den vide definisjonen av vold og seksuelt skadelig atferd, hvorvidt den unge har debutert i tidlig alder eller som ungdom og dermed om atferden er ny eller gjentakende, samt hvordan skillet mellom moderat/høy risiko defineres.

Slik teksten er formulert nå er det mulig å lese definisjonen av målgruppen til å inkludere all form for aggresjon og alle diagnostiserbare atferdsforstyrrelser.

På side 42 heter det at «Det er faglig enighet om at det ikke er hensiktsmessig med atskilte tilbud for utredning og behandling av unge med høy risiko for utøvelse av vold og SSA. Dette grunnet både praktiske og faglige årsaker». Vi er usikre på hva som er belegget for denne uttalelsen. I mange tilfeller er det gode grunner til å behandle SAA og SSA som kvalitativt forskjellige problemområder, noe som har implikasjoner for all innsats på disse feltene. Dersom man velger å slå sammen disse feltene i fremtidig innsats og nye tiltak som ambulante team i spesialisthelsetjenesten er det derfor svært viktig at involverte parter i har god kompetanse på begge felter og bygger på kunnskapsstatus i Norge.

Hvordan tenker man at dette spesialiserte teamet skal møte komorbide lidelser hos barn og unge? Vi vil anta at noen av de som har utfordrende atferdsuttrykk og/eller utviser SSA-atferd også vil ha andre symptomer på redusert psykisk helse, det være seg nedsatt funksjon i form av evner eller andre sosiale og språklige forståelsesvansker. I tillegg vet vi at konteksten/levestilene den unge vokser opp i er av stor betydning. Vil teamet også ivareta hele familien som f.eks. søsken og foreldre?

Vi har i tillegg følgende spørsmål:

Hva er belegget for aldersgruppen 10-15 år? Skal man redusere risikoen eller behandle, eller begge deler? Er det barn og unge i risiko for å utøve ny eller gjentakende atferd som er målgruppen?

Under målgruppe på s. 25: Her står det listet opp i kulepunkt: utviklingsforstyrrelser, autismetilstander, mistanke om gjennomgripende forstyrrelser/tilstander. Her må det ryddes opp i terminologien. Autismetilstander og mistanke om gjennomgripende forstyrrelser/tilstander, tidvis også utviklingsforstyrrelser, er begreper som brukes overlappende knyttet til nettopp autismespekterforstyrrelser. Inngår mild kognitiv funksjonsnedsettelse her når man nevner utviklingsforstyrrelser? Vi foreslår at man kobler begrepsbruken tydeligere opp mot ICD-manualen.

Under risiko og beskyttelsesfaktorer (s. 27) bør vold i nære relasjoner og i oppdragelsen tydeliggjøres som risikofaktor. Dette er en av de viktigste prediktorene for at barn selv utvikler atferdsvansker og blir voldelige mot andre.

14. Utfordringsbildet

Det kunne med fordel vært bedre beskrevet at det er stor variasjon i hvorvidt målgruppen vil ha fått forebyggende tiltak i forkant av oppstått problem/henvisning, og at det er behov for familiestøttende arbeid.

Vet vi tilstrekkelig mye om hvor befinner de 400 seg? I de store byene? Det vil antakelig være her tilbudet er best utbyttet fra før.

15. Alternative muligheter

For alternativ 1, «Fortsette med dagens situasjon», er våre innspill:

En lang rekke rapporter og utredninger i Norge har pekt på svakheter i systematikk i arbeidet med unge i målgruppen. Det viser seg å være svært krevende å samarbeide med og etablere gode behandlingsrelasjoner til disse unge og deres motivasjon for å ta imot tiltak/behandling er ofte svak. Tverretattlig samarbeid mellom alle de tjenester/arenaer som befatter seg med disse unge er ofte utilstrekkelig, fordi det ikke er helhetlig og varig nok. I tillegg er det et stort problem at tjenester på kommunalt nivå, statlig barnevern og spesialisthelsetjenester i for liten grad har implementert de mest virksomme tiltakene for forebygging og behandling av atferdsvansker. Gitt en situasjon i Norge der man hadde rutiner for systematisk tverrfaglig samarbeid mellom involverte tjenester og aktører, og der man først og fremst benyttet de best dokumenterte tiltakene i forebygging og behandling, er det mulig at omfanget av denne problematikken hadde vært betydelig mindre i Norge.

For alternativ 2 er våre innspill:

Vi tenker at det kan være fornuftig å prøve en slik modell, men er usikre på om det vil gi et kapasitetsproblem at det foreslåtte teamet jobber klinisk. Det vil ikke være kapasitet til å følge opp alle. Arbeid med denne gruppen krever godt samarbeid med andre instanser rundt barnet, og det er mer krevende å komme inn utenfra og oppnå dette.

Vi vil anta at mange av disse sakene både er komplekse og sammensatte, og at det vil være et stort koordineringsbehov. Teamet vil måtte bruke ressurser på å sette seg inn i den lokale tjenesteorganiseringen, danne nye samarbeidsrelasjoner, for så å avslutte disse igjen når saken rundes av. Hvem står da tilbake for å fortsette dette arbeidet, gitt at ungdommens problematikk ikke er ferdig behandlet? Erfaring tilsier at slike saker selvfølgelig kan ha et «krise-preg» i perioder, men at hjelpen ungdommen og familien har, varer over tid. For ungdommen selv vil det være et tap etter å ha knyttet seg til en behandler i en særlig krevende tid, for så å måtte opprette en ny behandlingsrelasjon til en ny person. Vi vil anta at dette er særlig sårbare barn og unge, og det kan tenkes at flere vil det å ha relasjonelle vansker være en del av vanskebildet.

Det er mange nye tiltak som settes i gang i Norge. Ved å sette i gang enda et nytt tiltak, må man hente personell og kompetanse fra det eksisterende tilbudet til barn og unge og potensielt svekke dette. Vi har en generell bekymring om at det opprettes flere spesialiserte ambulante team parallelt, fordi det er uunngåelig at de ikke skal kjempe om de samme ressursene. Hva er signaleffekten ut til brukere om egne lokale tjenester, og hva er signalene som sendes til tjenestene selv? Vi vet at mange spesialisthelsetjenester allerede strever med å dekke eget behov for spesialister. Vil ikke nettopp opprettelse av slike team rekruttere fra omliggende BUP'er? Hvor stort nedslagsfelt vil teamet ha geografisk? Hvordan sikre at teamets verdifulle kompetanse og ressurser ikke benyttes til mye reising? Er det praktisk gjennomførbart å ha ansatte som i stor grad arbeider et annet sted enn der de bor?

Under punktet Personell og rekruttering nevnes behov for 5 terapeuter i teamet med et behov i tillegg av psykiater, lege med somatisk kompetanse og nevropsykolog. Hvordan er disse spesifikke stillingene tenkt benyttet? Til konsultasjon eller til særlig utredningsoppgaver? Vil ikke denne rekrutteringen komme i konflikt med lokale ressurser i spesialisthelsetjenesten og/eller rekruttering til FACT ung-team (som det allerede satses tungt på)? Dette kommenteres i punkt «Mangel på helsepersonell» og svares ut med at tilbudet skal «optimalisere arbeidet som gjøres». Dette bør utdypes nærmere, da man allerede her antyder at lokalt hjelpeapparat ikke holder mål. Hvordan svare ut de regioner som ikke vil få et slikt team? Vil dette skape enda større uønskede variasjoner i helsetilbudet i befolkningen?

16. Kostnader

Dersom vi legger til grunn at tverrfaglig og tverrsektoriell innsats skal til, og at man må jobbe med hele systemet rundt barnet, så har det konsekvenser for budsjettplanlegging. Budsjetter er sektor- og tjenesteinndelt, hvilket ofte er en hindring for å få til godt arbeid rundt barn og unge.

17. Gevinster

Det samfunnsøkonomiske perspektivet er godt, men det vil ta tid før man kan se gevinster, og det vil kunne berøre andre budsjetter enn de som er aktuelle her. Vi opplever vurderingen av gevinst som noe usikker, gitt at vi ikke kjenner innholdet i tiltaket, og heller ikke effekten.

18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

En forutsetning er at teamet finner et fungerende (eller mobiliserbart) og samarbeidende tjenesteapparat i kommunene og spesialisthelsetjenestene de skal veilede og støtte. Mange kommuner (særlig i Sør og Øst) har arbeidet godt med implementering av samhandlingsmodellen BTI/BTS, men vi vet også at det er krevende å få modellen til å "virke" helt ut i ytterste ledd, nærmest barna/ungdommene og foreldrene. Flere kommuner i Vest, Midt og Nord implementerer modellen nå.

Det er helt nødvendig å se innsatsen opp mot eksisterende tjenester som dekker den beskrevne målgruppa; BUP, FACT ung, Statens barnehus, 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. Kan innsatsen plasseres i en av de allerede eksisterende tjenestene?

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 viktighet 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?

Hva gjør man hvis teamet ikke har kapasitet? Teamet kan selvfølgelig bli en viktig avlastning for lokal BUP eller kommune, men det kan også legges beslag på viktig arbeidstid lokalt ved at man må avklare og gå opp nye samarbeidslinjer med nytt helsepersonell i hver sak.

Vi ønsker å understreke behovet for samarbeidskompetanse i teamet, da vi tror det er av særlig betydning i et slikt team. De må kjenne til kommunale tjenesters mandat og muligheter, og ha særlig gode ferdigheter i å knytte gode relasjoner og samarbeidskontakter, samt å koordinere disse. Av de spesifikke yrkesgruppene som listes opp, nevnes for øvrig ikke spesialister i klinisk pedagogikk, som er en vanlig faggruppe i norske barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Hva skal man gjøre dersom barna som mottar behandling eller støtte fra teamet blir flyttet, f.eks. i regi av barnevernstjenesten. Kan teamet følge barnet videre, og sikre kontinuitet i behandlingen?

Vi er også bekymret for at dette blir «nok en silo» som opprettes i tjenesteapparatet. Burde generalist-ambulante team isteden legges til alle større BUP'er? Dette vil sikre lokal forankring og at ressursene blir en del av spesialisthelsetjenesten eller knyttes til det lokale FACT ung-teamet (eller til Barnehusene dersom teamet blir mer et rendyrket SSA-team).

Vi er usikre på om det er tilstrekkelig evidens for høyspesialiserte tjenester med lav lokal forankring, og slik vi forstår det er modellen fra Australia rettet mot seksuelle overgrep. Kan dette generaliseres til barn og unge som er i risiko for å utøve vold?

Vi mener det er positivt at konseptutredningen beskriver at teamet også skal fungere som et konsultasjonsteam. Dette teamet kan jobbe med å øke kompetansen i eksisterende tjenester og å bistå med veiledning i saker ved behov. Et godt eksempel på dette er regional seksjon spiseforstyrrelser (RASPE), som både gir klinisk behandling til barn og unge, men også tilbyr bistand til behandlere og behandlingsteam i saker med alvorlige spiseforstyrrelser.

Hva teamet skal gjøre, hvilket teoretisk rammeverk skal de benytte, skal foreldre involveres/motta behandling og hvilken opplæring skal de ansatte ha? Kan Helsedirektoratet gjøre det enda mer konkret hvilken type behandling skal de gi?

Det er utydelig hva som menes med at løsningen skal overføres som ordinær helsetjeneste i 2033 (se side 22). Vi mener det er prematurt å ta denne avgjørelsen nå og at fremtiden for tiltaket bør avgjøres etter en grundig evaluering ved prosjektslutt i 2033. Hva menes med at all relevant kunnskap og kompetanse som er utviklet under prosjektet skal bli overført til de permanente strukturene, og er det realistisk? Dette tematiserer viktigheten av god implementering, noe som også er et empirisk spørsmål som kun kan sikres gjennom forskning/evaluering.

Konseptutredningen nevner ikke behov for kultursensitive tjenester eller tiltak. Dette antar vi er viktig i denne sammenheng.

Man bør vurdere om Ambulant spesialisthelseteam er det beste navnet for et slikt team. Om vi oppfatter det riktig er også samme navn tenkt for teamene som skal jobbe inn mot barnevernsinstitusjoner (s 37). Det er også grunn til å anta at dette vil ligne på navnet på andre team som jobber i helseforetakene, noe som kan bli problematisk for å gjøre tilbudet kjent som et distinkt tilbud til denne gruppen.

Vi kan ikke finne at Individuell plan er nevnt. Vi tenker at dette er relevant å nevne og gjerne tydeliggjøre at det bør foreligge for de ungdommene som har rett på det.