

## 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 \*

Anbefaler å avklare målgruppen mer tydelig  
Avklare om dette overlapper med AIM2 (Assesment - Intervention - Moving on), et program for oppfølging av barn og unge med en skadelig seksuell atferd (SSA)  
Behov for tydelighet og avklaringer i forhold til andre tjenester / tiltak – både i spesialisthelsetjenestene og med kommunale. (Fact ung-team, skolevegringsteam, barnevern, MST m.m.) Viktig å avklare rollene, hvem gjør hva, hvem er hovedansvarlig/ hovedbehandler og ikke minst at det i et samarbeid også kan bygges opp kompetanse i kommunen som kan vedvare etter ambulant team er ferdig med sin jobb.

## 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 \*

Usikker på om det vil være mulig å opprette et likeverdig behandlingstilbud med 50 terapeuter i et nasjonalt team. Disse skal reise? Etablere en relasjon (noe som tar tid) med alle involverte og sørge for en lokal forankring. I noen tilfeller også ha direkte pasientbehandling? Viser til MST sine retningslinjer med maks 3 – 4 familier pr terapeut.

## 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? \*

Vi antar det vil bli stor pågang. Sannsynlig underrapportert forekomst i forhold til våre målgrupper. (Autismespekter / nevroutviklingsforstyrrelser)  
Kompetansen i teamet må være svært god både på gjenkjenning, kunnskap om, og tilrettelegging av behandling/tiltak for "våre" grupper  
Det er beskrevet at henviser kan være lege, psykolog og barnevern- leder. Vurder om andre ledere/terapeuter også kunne henvise, for eksempel ledere for habiliteringstjenester

## Innspill etter kapitteinndeling

## 11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

Kompetanse. Behovet for dobbeltkompetanse - Diagnosespesifikt, I arbeidet er det viktig med kartlegging/utredning, men teamet bør ha god veiledningskompetanse også – Dette vil være en stor del av jobben.

## 12. Målsetning

## 13. Målgruppe

Anbefaler å avklare målgruppen mer tydelig. Det bør også defineres hva som ligger i høy risiko. Hvis personer med psykisk utviklingshemming skal inkluderes bør det vurderes om aldersgrensen bør heves noe for disse. Dette vil da henge sammen med kartleggingsverktøyet AIM3 som kan brukes opp til 25 år for de med pu.

## 14. Utfordringsbildet

Utfordring med å sikre god kompetanse / dobbelkompetanse i dette teamet. At dette kan bygges opp, videreutvikles og sikres stabilitet, uten at dette går bekostning av eksisterende tjenester.  
Det må sikres tverrfaglighet, diagnosespesifikt

## 15. Alternative muligheter

Vurdere å styrke eksisterende kompetansemiljø / spesialist-tjenester.  
Det er grunn til å stille spørsmål ved at tilbudet kun skal piloteres i ett HF og i noen kommuner. Hva er det da som blir pilotert? Vurder om pilotering heller gjøres nasjonalt og ikke bare i ett HF. Hvordan skal piloteringen evalueres? Hvilke parameter måles det ut fra?  
Ved å pilotere tilbudet lokalt i noen avgrensede kommuner i et HF, gir dette slik vi ser det større rom for lokal forankring og tett samarbeid enn om man skulle pilotere tilbudet i noen tilfeldig utvalgte HF og kommuner rundt omkring i landet. Et tettere samarbeid og tett lokal forankring ser vi selvfølgelig på som en forutsetning for å kunne lykkes. Men det betimelige spørsmålet er slik vi ser det om dette er mulig å få til på samme måte når terapeutene/teamet skal jobbe nasjonalt.

## 16. Kostnader

Helt avgjørende at et slikt team har gode rammer for å sikre kompetanse inne relevante områder.

## 17. Gevinster

Mulighet for å jobbe forebyggende, og sette inn tiltak tidlig

## 18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

Viktig at teamet får mengdetrening og derav opparbeider spesialistkompetanse. I de ordinære tjenestene finnes eksempel på at det mottas henvisninger knyttet til SSA, men det er ikke så mange i løpet av et år til hver enhet, dvs begrenset mengdetrening. Fagmiljøet tenker at det er mørketall og at det antakelig burde kommet inn flere henvisninger om den gjeldende problematikken. Viktig å «reklamere» godt for et ambulant team om det opprettes og at de som har behov for bistand vet hvor henvende seg.

## Generelle innspill

## 19. Øvrige eller mer overordnede innspill til konseptforslaget?

Behovet for tydelighet og avklaringer i forhold til andre tjenester / tiltak – både i spesialisthelsetjenestene og med kommunale. (Fact-team, skolevegringsteam, barnevern, MST m.m.)

Hvordan sikre at teamet ikke overtar ordinære tjenester? Ifht metodikk/ambulant team er dette en form som bør/kan føre til lik behandling/lik tilbud for målgruppen uavhengig av geografi. I tillegg vil ansatte i teamet få mengdetrening og derav opparbeide seg spesialistkompetanse.

Eksempler fra de regionale enhetene med ansvar for kompetanse innen autisme, adhd og Tourettes syndrom viser en sårbarhet for å komme inn under gruppen barn og unge med stor risiko for å skade andre. Eksemplene involverer ASD og misforståelser når det gjelder sosiale koder. At særinteresser for vold/porno/terror/våpen oppfattes skremmende eller skadelig. Generelt kan grenseløs og impulsiv atferd gi store utfordringer.

Viktig at teamet kjenner til utfordringer knytta til diagnosene, slik at tiltak/behandling/oppfølging kan tilpasses ette individuelle/diagnostiske behov.

Det antas at det er relativt store mørketall i rapporteringen av denne problematikken. I høringen anslås at det kan dreie seg om ca 400 som er aktuelle for teamet. Vi antar at mange i "våre" grupper havner utenfor dette tallet.

Kommentar til punkt 5.1 – i prioriteringsveilederen barn og unge i spesialisthelsetjenesten (Hab) under punkt 2.8 står det noe om omfattende vansker knyttet til pubertet, seksualitet og identitet i målgruppen. SSA nevnes ikke spesifikt, men kan inkluderes under dette punktet – dog bør veiledende frist graderes ut fra problemstilling og risiko.

Erfaringer fra habiliteringsfeltet viser at saker med SSA oftere er knyttet til de som er over 18 år – få saker for de yngste. Flere saker der pasienten utsetter seg selv for skade samt SSA/vold i par-relasjoner. En del pas. som utøver vold/SSA mot andre er styrt mer av affekt / påvirkning av andre enn at det er en egen indre motivasjon om å skade andre.

Innspill til denne høringsuttalelsen kommer fra de regionale enhetene med ansvar for kompetanse innen autisme, adhd og Tourettes syndrom.

RFAAT Helse Nord

RFM/RHAB, RKBU/NTNU Helse Midt

RFM Helse Vest

RKT Helse Sør Øst