

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 *

Jeg er åpen for at et spesialisthelseteam (jfr. Griffith Youth Forensic Service (GYFS), australsk modell for seksuallovdømte ungdom i alder 10-17 år) tilpasset norsk kontekst og tjenestetilbud for øvrig, kan bidra til å redusere forekomsten av alvorlig fysisk voldsatferd (?), eventuelt i kombinasjon med særlig voldelig skadelig seksuell atferd (jfr. styrker, svakheter og erfaringer vi kan trekke fra norsk implementering av den nordamerikanske MST- og MST-PSB -modellen utprøvd og evaluert (Bjørknes et al., 2024)). Men slik det er beskrevet og organisert i dette høringsnotatet, ligger det fortsatt for mange og viktige uklarheter til at jeg kan trekke den positive konklusjonen nå. En ambulant tjenestemodell som har vist seg å fungere godt i en mer kriminal/rettslig ramme i Australia, kan selvfølgelig vise seg å fungere godt iallefall for en tilsvarende målgruppe i Norge, men må evalueres grundig i en eventuelt utprøving (jfr. Ogilvie et al., 2024, Qadara, 2020, Smallbone/Lucy Faithful, 2014). Forslaget slik det nå foreligger med sine viktige uavklarheter, mener jeg lett vil forsterke fragmentering av det oppbygde tverrsektorielle tjenestetilbudet til barn med SSA ytterligere.

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 *

Forslaget vil innebære like store vansker med å rekruttere og beholde erfarne fagpersoner med spisskompetanse på SSA, som vi allerede erfarer mer generelt i spesialisthelsetjenesten for barn/unge. Samarbeidsutfordringer (tverrsektorielt og innad i spesialisthelsetjenesten) med ytterligere en fagenhet foreslått, vil heller ikke reduseres, iallefall ikke om målgruppe og henvisningsprosess ikke tydeliggjøres og avgrenses. Forslaget kan styrke kompetanse og kontinuering av denne ved at dedikerte fagfolk samles i spesifikke fagenheter med administrativ/faglig myndighet, men dette vil nok samtidig kunne svekke motivasjon og kompetanse for problematisk og skadelig seksuell atferd bygget opp i PHBU/HAB. Vil dere med dette forslaget ha arbeidet med skadelig seksuell atferd ut fra disse virksomhetene? Det fremstår noe. Høringsforslaget vil uansett ha konsekvenser for hvilke faglige oppgaver BUP/PHBU og HAB skal ha i fremtiden, oppgaver utover ICD10/11 diagnoser. Trippelprosjektet SSA skal som kjent, evaluere hvordan praksisen har satt seg i PHBU/HAB etter de to store kompetanseutviklingsprosjektene der.

Fra et brukerperspektiv vil høringsforslaget kunne innebære en oppstyking av tjenestetilbud (lite helhetlig blikk, barna trenger ofte hjelp til sammensatte vansker samtidig).

Spisskompetanse på fysisk vold og aggresjon hos barn/unge er det veldig få fagpersoner/HF i dagens spesialisthelsetjeneste som har. Her bør det altså gjennomføres systematisk kompetanseutvikling (jfr. tilsvarende kompetanseutvikling i PHBU og HAB på seksuell helse, problematisk og skadelig seksuell atferd siden 2017).

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? *

Målgruppen er uklar for barn/ungdom med ulike typer og former for skadelig seksuell atferd (inkludert/ekskludert fysisk vold ?) og mer problematisk fysisk vold/aggresjon (hvem skal hjelpe disse siste med helsefremmende arbeid og i et forebyggingsperspektiv?). Når det gjelder unge som primært har utvist alvorlig fysisk vold mot andre i kombinasjon med eventuelt alvorlig voldelig skadelig seksuell atferd (jfr. så alvorlig at det kan bli straffedømt om barnet hadde vært 15 år eller eldre), kunne dette med en slik avgrensning kunne bli et bra spesifikt tilbud (jfr. GYFS målgruppe og erfaring i Australia hvor seksuell lavalder er 17-18 år og kriminell lavalder 10-14 år). Henvisningsløp må da endres i forslaget til å bli fra politi/rettsvesen/konfliktråd/barnehus, bufetat og øvrige deler av spesialisthelsetjenesten for barn/unge (der deres polikliniske/ambulante tilbud ikke er tilstrekkelig). Den skisserte henvisningsprosessen fra førstelinjen vil jeg fraråde.

Jeg mener ellers at det er faglig kritikkverdig at det foreslås et eget segregert tilbud til barn som har utøvd alvorlig seksuell og eller fysisk/ atferd, uten at dette står sammen med spesialisthelsetjenestens øvrige tilbud, særlig vekk fra traumekompetanse (ACE). Det er ellers svært betenkelig at forslaget ikke inneholder nærmere faglig-etisk vurdering av konsekvenser for brukerne (jfr. oppsplitting versus helhetlig tilbud, stigmatisering, personvern). Det synes også å være flere viktige forskjeller i klinisk arbeid; innhold og mål knyttet til barn/unge med fysisk/aggresiv atferd/vold versus barn/unge med problematisk/skadelig seksuell atferd. En slik beskrivelse og drøfting er savnet i høringsnotatet idet krav til organisering av tjenester, kompetanse og ferdigheter kan være forskjellige.

Innspill etter kapittelinndeling

11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

Jeg mener at en mer tydeliggjøring og begrensning av målgruppe (alvorlig fysisk vold, eventuelt i kombinasjon med alvorlig voldelig seksuell atferd) må gjøres. Endringer av henvisningsprosess følger av dette (se tidligere punkt). Eventuelt burde vi i Norge har utviklet en mer spesialisert tjeneste for både utsatte og utøvere av alvorlig vold mot andre (se alternativ muligheter nedenfor).

Pilotering anbefales utsatt til nærmere avklaring av målgruppe og inntaksprosess er gjort.

12. Målsetning

se andre punkt

13. Målgruppe

se andre punkt

14. Utfordringsbildet

15. Alternative muligheter

Jeg hadde primært ønsket et forslag som satset på en utvikling av en mer kunnskapsbasert, helhetlig, økologisk og utviklingsoporientert tjeneste for barn/unge som har utvist skadelig seksuell atferd og eller fysisk vold og eller har vært UTSATT for dette (altså samle arbeid med utøvere og utsatte). Med andre ord ville jeg ha fortrunkket et forslag hvor det faglige arbeidet knyttet til disse vanskeområdene for eksempel ble trukket ut av den mer tradisjonelt og konservative innrettede spesialisthelsetjenesten, der hvor virksomhetenes styringsdokumenter og faglige diagnoseverk enda ikke hjelper denne målgruppen tilstrekkelig og eller helhetlig i Norge idag. Det er også et viktig poeng at barn/unge som har utvist alvorlig negativ og voldelig atferd av ulike slag, som regel også har et repetoir av mer positiv sosial og seksuell atferd og eller mer positiv håndtering av aggresjon/frustrasjon. En betydelig andel av barn i denne målgruppen har også erfaring med alvorlige og negative barndomsopplevelser (traumer, ACE) som de og familiene samtidig må ha hjelp til å håndtere. I tillegg vil flere av disse barna ha nedsatt sosial, emosjonell og kognitiv fungering som det må tas pedagogiske og terapeutiske hensyn til. Fagpersoner/teamet i en poliklinisk/ambulant tjeneste må ha kompetanse, forstå og lese hele bildet for å kunne håndtere den alvorlige atferden deres, motivere og hjelpe den fra den ene ytterkanten av alvorlighetsskalaen over til den andre siden; til mer ønsket sosial og seksuell atferd og derav også bedre livskvalitet.

16. Kostnader

17. Gevinster

18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

At en får fagpersoner/ledere som har tro, kompetanse og stayervilje til å gjennomføre nødvendige nye tiltak for denne viktige gruppen barn og unge. Det gjelder også eksisterende tilbud, noen må oppgaver/virksomheter må kanskje utgå på dette fagfeltet!

At et RHF/HF får i ansvar å lede det faglige arbeidet nasjonalt (jfr. erfaringer fra voksen-feltet).

At noen får i ansvar å evaluere/forske hvordan det går med barna i disse nye tiltakene. Idet vi ikke ha en manualisert behandlingsmetode som synes suveren og mer effektive enn andre, vil det anbefales å ikke kun tenke i retning implementeringsforskning (top-bottom), her vil andre design og evalueringsmetoder kunne være vel så hensiktsmessige (jfr. heterogenitet i målgruppen, konsensus om bred vurdering av hjelpe- og behandlingsbehov før skreddersydd behandling).

Generelle innspill

19. Øvrige eller mer overordnede innspill til konseptforslaget?

Høringsutkastet erfares som begrenset kunnskapsforankret opp mot det som er internasjonal/nasjonal forskningsstatus, iallefall på skadelig seksuell atferd (SSA) og barn/unge. Begreper i høringsnotatet preges fortsatt mye av voksenfeltet og historisk forståelse av barn (jfr. RNR-modell, SIFER) og det tradisjonelle atferdsfeltet hvor oppmerksomheten har lagt på risiko/risikoprediksjon/risikohåndtering og stopp/reduksjon av uønsket atferd. Innenfor SSA-feltet er det idag rimelig stor konsensus om at det som er mest effektivt (mer enn straff og snevert fokus på risiko og gjentakelsesfare) er en mer bred, utviklingsorientert og helhetlig/økologisk vurdering av hva barnet/ungdommen, potensielt utsatte og omgivelsene har behov for (støtte, hjelp, behandling, trygghetsplaner) til å kunne fremme positiv atferd og bedre livskvalitet. Altså ikke kun fokusere ensidig på å redusere barnets/ungdommens negativ atferd ved å jobbe med risikofaktorer eller å inkludere styrker kun for å unngå/ redusere uønsket atferd (jfr. criminogenic risks and needs). Fagfeltet SSA internasjonalt har siste tiår særlig beveget seg fra kun kriminologiske/juridiske/rettssakyndige og risikopredikerende perspektiv til å bevege seg henimot mer helse og folkehelseperspektivet uten at jeg kan se dette som en rød tråd i dette høringsnotatet (jfr. McCartan and Brown, 2019, ATSA, NOTA, NSPCC, Jensen , 2023, Quadara, 2020 m.fl.).