

## 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 \*

Helse Sør-Øst RHF har en forståelse av at det skal piloteres et ambulant spesialisthelseteam, basert på hybridmodellen der de mindre alvorlige sakene skal behandles lokalt gjennom eksisterende tjenester, mens mer alvorlige saker håndteres i spesialiserte enheter. Det fremgår at psykisk helsevern for barn og unge har bygget opp et tilbud rettet mot barn og unge som utøver skadelig seksuell atferd, men at kun et fåtall av disse har særskilt fokus på barn og unge som har høy risiko for å utøve vold. Nå skal det piloteres et ambulant spesialisthelseteam som både skal drive behandling, veiledning og samarbeid med relevante øvrige tjenester. Det er ikke her tatt endelig stilling til om dette skal organiseres regionalt, fler-regionalt eller nasjonalt, men at det skal tas endelig stilling til dette etter piloteringen.

En etablering av ett team i vår region vil føre til lang reisevei for pasienter og familie hvis det skal ytes helsehjelp til pasienten der han/hun bor. Bruk av teknologiske hjelpemidler bør i denne sammenhengen beskrives. Antall årsverk bør tilpasses både opp mot behov for spesialisthelsetjenester og tilgangen på ressurser med den spesifikke fagkompetansen i spesialisthelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF er i utgangspunktet positiv til en pilotering av et hjelpetilbud til denne målgruppen. Det kan stilles spørsmål om ressursbehovet i en slik pilot og en videre bredding av tilbudet er realistisk sett opp mot tilgang på ressurser, jamfør andre lignende oppdrag der en arenafleksibel tilnærming er tiltaket.

For at et ambulant spesialisthelseteam skal kunne "bidra til å redusere forekomsten av alvorlig vold og overgrep blant barn og unge med høy risiko for å skade andre", ønsker vi å nevne noen forutsetninger/suksesskriterier som vi mener må ligge til grunn for å oppnå dette: Teamet må arbeide etter en systematikk som muliggjør læring og knytte nytte til seg kunnskap i internasjonale miljøer som arbeider med dette, ref. kapittel 1.6 i høringen. Teamet bør ha en god oppfølging fra kvalifiserte personer på arbeidet med målgruppen. Behov for nevropsykologisk kompetanse og samarbeid med habiliteringstjenesten bør vurderes da flere av de unge som er i målgruppen, har kognitive vansker og autismespekterproblematikk.

Da dette er et nytt område, mener vi også det vil være viktig at teamet knytter til seg kapasiteter på området, f. eks fra miljøet i Queensland som har arbeidet systematisk med dette over år.

Vurdering av rett til- og oppstart av helsehjelp bør skje så raskt som mulig. Tidlig kontaktablerting mener vi er et suksesskriterium fordi det gir et signal til den aktuelle ungdommen, de pårørende og de involverte for øvrig, om alvorlighet. Det er videre viktig å komme i gang raskt med kartlegging, behandling, oppfølging og veiledning. En tidshorison på tre måneder for rett til nødvendig helsehjelp og fem uker for å utvikle/etablere en risikohåndteringsplan oppleves som for lang tid for denne målgruppen.

Videre er det viktig å starte med et team som reiser ut, i perioder kan oppholde seg på hjemstedet til den aktuelle ungdommen, og de vil da også bidra til å spre kunnskap, engasjement og forankring i et godt opplegg rundt den enkelte ungdom.

Kapittel om evaluering støttes og opprettelse av et kvalitetsregister støttes. Gjennom et strukturert arbeid vil de kunne samle kunnskap og også kunne skape kunnskapsgrunnlag for økt kvalitet på arbeidet. Det bør også være koblet på forskning til arbeidet. Det er kunnskap allerede på at fullføring av skole er en av de mest beskyttende faktorene for målgruppen, og det ambulante teamet må spisse sine intervensjoner og forståelse på dette.

Opprettelse av et register må sees i sammenheng opp mot lignende tiltak og til dels parallelle arbeid – Trippelprosjektet SSA som ledes av Helse Vest RHF.

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 \*

Flere helseforetak melder om utfordringer med å rekruttere og beholde personell. Det er gjennomført en framskrivning i Helse Sør-Øst av fagårsværk innen psykisk helsevern og TSB der det viser at det nasjonalt vil være behov for en styrking av fagårsværkene innen tjenestekområdene frem til 2040. Mange av regionens helseforetak og sykehus gir tilbakemelding om at eksisterende ressurser og organiseringer i stor grad vil kunne benyttes til å løse de ulike oppdragene og satsingene der ambulerende team er ansett som det beste tiltaket.

Dersom piloteringen av teamet er vellykket, vil det med oppnådd kompetanse og gode resultater virke rekrutterende, for god rekruttering er essensielt for å sikre at et tilbud er tilgjengelig.

Alternativt kan pilotering av et ambulerende spesialisthelseteam ses i lys av andre oppdrag som:

- «øke døgncapasitet»
- «forebygge kriser, akuttinnleggelser og fremme frivillige behandlingsalternativ når det er mulig og faglig forsvarlig»
- «prioritering av barn og unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser»
- «planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjenestetsteam forankret i psykisk helsevern barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og ruslidelser, og med bruk av eksisterende personell.»
- «spesialisert rusbehandling til barn og unge»
- «oppfølging av psykisk syke barn under 18 år som utgjør en sikkerhetsrisiko»

Dette for å sikre god ressursbruk, riktig og individuelt tilpasset nivå på helsehjelpen som gis, samtidig som vi utformer helhetlige og sammenhengende tjenester.

Helse Sør-Øst RHF arbeider med å etablere en overordnet plan for hvordan psykisk helsehjelp og rusbehandling skal gis til barn og unge. Den vil kunne omfatte de ulike satsningene og oppdragene relatert til barn og unge med samtidig behov for tilbud fra psykiske helsevern og barneverntjenesten. Det regionale arbeidet vil innebære å beskrive hvilke kompetanse, struktur og samhandling som er nødvendig for å bruke ressursene på en best mulig måte. Helseforetak og sykehus vil kunne gis et overordnet ansvar for å løse oppdragene og mulige tiltak kan være å vurdere større robuste tverrfaglige team som har bistand fra kommune og barnevern. Sammen kan da man arbeide ut ifra en arenafleksibel tilnærming og løse de ulike oppdragene/satsningene.

Kommentar: Det er mangel på kompetanse og kapasitet og ikke kun kapasitet som bør være førende for involvering av spesialisthelsetjenesten. «De ordinære tjenestene vil være hovedaktørene i oppfølgingen. Ambulant spesialisthelseteam vil tilby fagspesifikk kompetanse i form av bistand og veiledning for å styrke de lokale tjenestene i å tilpasse intervensjoner til risiko og behov hos hver enkelt ungdom. Ved manglende kapasitet hos lokale tjenester, vil spesialisthelseteamet prioritere å gå inn mer aktivt».

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? \*

Det fremgår av høringsnotatet at leger, psykologer og barnevernsledere skal kunne henvise til ambulant spesialisthelseteam. Videre skal det vurderes om helsesykepleiere, konfliktrådet og eventuelt politiet også bør ha mulighet til å henvise. Vi er kjent med at HOD tidligere har uttalt at det ikke bare er de opplistede gruppene som kan ha rett til å henvise. Helsesykepleiere bør kunne ha henvisningsrett, da disse er kontakthet for barn og unge i skolealder. Det avgjørende er om henviser har kompetanse på det henvisningen gjelder. Det er ikke sikkert at alle i målgruppen som utøver vold eller skadelig seksuell atferd vil ha rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Det legges til grunn at det skal skje en rettighetsvurdering, noe som jo er naturlig/må skje hvis det legges opp til at det skal kunne henvises til dette tilbudet direkte fra førstelinen. Man kunne alternativt tenkt seg at man henvises til PHBU, og at PHBU kobler inn spesialisthelseteam når det er behov for denne kompetansen.

Målgruppen er ikke presisert i noen av dagens tilstandsgrupper som er nevnt i prioriteringsveilederen. I Nasjonal strategi for helsesektorens arbeid med personer som utøver vold eller overgrep, skriver Helsedirektoratet at det ikke er behov for endringer i prioriteringsforskriften for at utøver skal kunne vurderes for rett til helsehjelp. Helse Sør-Øst RHF mener at for å sikre at personer i målgruppen fanges opp og blir vurdert å ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, kan det likevel være nyttig og nødvendig å prioriteringsveilederen oppdateres slik at voldsutøvelse/risiko for å utøve vold er en selvstendig faktor som vektlegges i vurderingen av rett til helsehjelp, med rask oppstart av behandling

## Innspill etter kapittelinnledning

## 11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

Det er fornuftig i en pilot å starte med de yngre i aldergruppen 10-15 år. Teamet er avhengig av å piloteres i et område der det både vil være en gitt andel av pasientgruppen og at det finnes tilgjengelige ressurser som er planlagt/anbefalt inn i et ambulant spesialisthelseteam. Teamet bør være realistisk skalert jmfør behov og tilgang på ressurser (er nærmere beskrevet i første fremhevede spørsmål). Eksisterende fagmiljøer bør benyttes.

Rekruttering vil være særdeles viktig - trygge terapeuter og systematiske arbeidsmetoder.

Det vil være viktig å identifisere hvem disse ungdommene i gruppen som skader andre alvorlig er. Når er en høy risiko identifisert? Hva inngår i det? Det vises til: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>

Det vil være viktig å identifisere hva som skal til for å få det til å lykkes: målsetning, tiltak og risikofaktorer. Rask intervensjon i starten er viktig for å signalisere til omsorgspersoner og den unge selv at det er noe annet enn det de har vært med på til nå.

## 12. Målsetning

Målsetningene om å øke helse, livskvalitet og trygghet til denne pasientgruppen fremstår adekvat. Videre er målet om å redusere frafall fra skole og utdanning samt redusere behandlingskostnader i helsetjenesten ansett som tilfredsstillende. Samfunns mål er krevende, men det kan være en visjon. Hvordan skal de måles? Hva er nåsituasjonen? For eksempel kan det være tall på antall ungdom som har pådratt seg en siktelse for vold eller seksuallovbrudd. Effektmål: Varigheten av piloten og målgruppen kan være for liten til at man vil kunne måle dette.

## 13. Målgruppe

Målgruppen barn og unge med høy risiko for å skade andre, med fokus på risiko- og beskyttelsesfaktorer fremstår som en god tilnærming for en pilot.

## 14. Utfordringsbildet

Det ambulante teamet skal samarbeide med en rekke ulike aktører fra ulike sektorer. Funksjonene som teamet skal ivareta er direkte pasientbehandling, veiledning og bistand, samt samarbeid og kommunikasjonen. Høringen er noe mangelfull når det gjelder beskrivelse av begrensninger og avhengigheter. Eksempelvis så bør det gjøres en kartlegging av hvilken informasjon som allerede er innhentet og tilgjengelig, så det ikke gjøres «dobbelarbeid». Videre kan flere av oppgavene som er tiltenkt teamet, gjøres av andre sektorer, eks. utarbeidelse av risikohåndteringsplan. Funksjonene som teamet skal ivareta bør spisses og prioriteres, sett opp mot teamets størrelse og tilgjengelige ressurser (tidligere omtalt).

Helse Sør-Øst RHF savner en tydeligere beskrivelse av avhengigheter og erfaringer fra andre ambulante team, foruten overordnet informasjon om FACT-team. For å få til et godt fleksibelt samarbeid lokalt vil det være viktig å søke en god balanse innen kompetanse og kompetanseoverføring mellom spesialist-team og lokale ressurser.

## 15. Alternative muligheter

Alternative muligheter er belyst der de ulike alternativene er «å fortsette med dagens situasjon» og «opprette ett sentralisert ambulant team». En alternativ løsning kan være at piloten kan inngå i ambulante tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge som kan løse flere oppdrag - "team i teamet".

## 16. Kostnader

Kostnadsrammen belyser anbefalt alternativ med anbefalte årsverk. Alternativ kostnadsramme kan belyses der antall årsverk kan tilpasses både opp mot behov for spesialisthelsetjenester og tilgangen på ressurser med den spesifikke fagkompetansen i spesialisthelsetjenesten.

## 17. Gevinster

Målgruppen er å ansees som en "kostbar" gruppe og gevinstene vil være store om man lykkes. Bruk av digitale plattformer i både behandling og oppfølging er ikke beskrevet. Gevinster ved bruk av teknologi bør beskrives.

## 18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

Det foreligger, som beskrevet, lite erfaringer fra anbefalt modell. Det å benytte en pilot vil være en klok tilnærming i denne sammenheng. Helsedirektoratet bør være involvert i oppfølgingen underveis - f.eks. ved årlige "oppsummeringskonferanser" eller som referansegruppe

## Generelle innspill

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

Helse Sør-Øst RHF ønsker å berømme arbeidet bak denne høringen, og forslagene som fokuserer på å bedre tilbudet til målgruppen. Tidlig intervensjon vil bidra til bedre oppvekstvilkår, stabilitet og økt fokus på sammenheng og samhandling mellom tjenesteområdene. Utfordringsbildet som beskrives er gjenkjennelig på de områder der spesialisthelsetjenesten er i kontakt med disse barn

Riktig bruk av teknologi og digitale løsninger står sentralt i tjenesteutviklingen, og er viktig for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Innføringen av teknologi og digitalisering kan bidra til at tilgjengelige ressurser disponeres på nye og bedre måter. Digitale tilbud og tjenester kan gjøre helse- og omsorgstjenestene mer tilgjengelige, kan bedre kapasiteten, og kan legge til rette for fleksible forløp og tidligere hjelp. Digitale plattformer med mulighet for nye støtteverktøy i fremtiden og bruken av disse, kan benyttes i det videre arbeidet.

Ambulante team som skal ivareta flere og/eller større geografiske områder kan benytte ulike teknologiske verktøy som en del av både kontakt med- og behandling av denne pasientgruppen. Eksempelvis kan dette være digital hjemmeoppfølging/innhenting av pasientregistrerte data og ulike former for e-behandling. Videre bør digital kommunikasjon og tilrettelegging mellom nivå og sektorer omtales og beskrives.

Flere av barn/ungdom i målgruppen har vært til utredning eller behandling i PHBU, og det må legges til rette for hensiktsmessig tilgang til tilgjengelige journalopplysninger fra helseforetak/sykehus og kommune, slik at relevant informasjon kommer barnet til nytte.

Regionalt brukerutvalg i Helse Sør-Øst RHF

Det regionale brukerutvalget mener at dette er et viktig tilbud til målgruppen, men det vil være avgjørende med særskilt finansiering for piloten og at den gjennomføres i område hvor det er behov.

Brukerutvalget er skeptisk til om konfliktrådet og eventuelt politiet bør ha en kobling til ambulant spesialisthelseteam og evt. mulighet for henvisning.

Politiets oppgave er å håndheve lover og opprettholde lov og orden og skal ikke være for involvert i prosesser, behandling og lignende. Konfliktrådet skal inn og behandle saker når de kommer til konfliktrådet og bør være mest mulig nøytrale. Dialog vil være nyttig i form av kontakt fra konfliktrådet om informasjon som er nyttig for pasienten sin del når det brukes riktig.

Oppfølging fra ambulant team skal være for pasientens helse og behandling, det er viktig at pasienten har tilstrekkelig tillit til arbeidet teamet gjør for å følge opp og behandle. Dersom politiet er for involvert i dette teamet vet vi fra brukersiden at endel pasienter ikke vil ha den nødvendige tillit til behandler og teamet lenger, noe som vil skade behandlerrelasjonen.

Derfor må dette løses på en god måte, for eksempel i form av kontaktperson som kan formidle informasjon til ambulant team om utfordringer i forhold til pasient, slik at behandler har tilstrekkelig informasjon i forhold til voldsrisikovurderinger og tilhørende vurderinger rundt tvangsvedtak. Her handler det aller mest om å sikre tilstrekkelig informasjonsflyt inn til det ambulante teamet, slik at vurderinger blir mest mulig riktig.

Brukerutvalget poengterer at resultater og registrerte data som er en del av piloten kan være sårbart i forhold til personvern hensynet hvis piloten gjennomføres på et lite geografisk område. Videre er samhandling med bl.a. kommune og barnevernstjenesten viktig. Piloten bør sikre at man får med de samfunnsøkonomiske innsparingene i følgeforskning.

Brukerutvalget mener at resultatet av piloten og videreføringen vil ha en samfunnsøkonomisk gevinst.

Konserntillitsvalgte i Helse Sør-Øst RHF

- Henvisninger - det anbefales at helsesykepleiere kan henvise fra skole/barnehage
- Hvordan fange opp enkeltpersoner som deltar i gruppevold?
- Ambulant team krever ressurser. Det må sees opp mot tilgang på ressurser i spesialisthelsetjenesten
- Kompetanse – må ikke bli en «hemske» som begrenser