

Vis resultater

Respondent

21

Anonym

01:20

Tid til å fullføre

GDPR/Personvern

Hvor lenge vil personopplysninger bevares

Opplysningene vil bli oppbevart i vårt arkiv i tråd med arkivregelverket.

Hvilke typer personopplysninger vil bli samlet inn og brukt

Informasjon du oppgir som for eksempel navn, e-postadresse, telefonnummer etc.

Rettslig grunnlag for behandling av dine personopplysninger

Grunnlaget for behandling av personopplysninger er personvernforordningen artikkel 6 (1) e (utøve en oppgave i allmenhetens interesse). Helsedirektoratet ønsker å få innspill, og trenger da å behandle opplysninger om hvem som har besvart med hjemmel i https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/gdpr/ARTIKKEL_6#gdpr/ARTIKKEL_6 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5, spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 og folkehelseloven § 24.

Hvem vil ha tilgang til dine personopplysninger

Helsedirektoratet vil behandle personopplysningene. Høringsinnspill vil bli publisert på våre nettsider. Personopplysninger som er taushetsbelagt vil ikke bli publisert.

Dine individuelle rettigheter

Som registrert har du rettigheter. Dette kan du lese mer om i vår personvernerklæring helsedirektoratet.no/om-oss/om-nettstedet/personvernerklaering

Vårt personvernombud

Du kan kontakte vårt personvernombud dersom du har spørsmål om vår behandling av dine personopplysninger. Vårt personvernombud kan kontaktes på følgende e-postadresse: personvernombud@helsedir.no

1. Jeg har lest og forstått informasjonen som er gitt over *

☒ Ja☐ Nei

2. E-postadresse for høringsinstans/avsender *

3. Navn på avsender *

4. Navn på høringsinstans/virksomhet

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 *

Lokalbaserte systemiske tiltak og god samhandling er avgjørende for å skape bærekraftige løsninger for denne pasientgruppen. Samtidig er det utfordrende å sikre høyspesialisert behandling for en lavprevalent og ofte lite motivert pasientgruppe, da dette krever en balanse mellom spesialiserte tjenester og lokalt forankret arbeid – en kombinasjon som kan være vanskelig å forene.

Selv om det er bred enighet i våre tjenester om at denne gruppen representerer en viktig utfordring, er det usikkerhet knyttet til om nasjonale, spesialiserte team vil fungere godt i praksis. En pilotering vil kunne gi verdifull innsikt og et bedre grunnlag for å vurdere sannsynligheten for suksess. Likevel er det uklart om et nasjonalt team er den mest effektive måten å møte behovene til denne pasientgruppen på, slik det er beskrevet i konseptutredningen.

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 nasjonalt team vil sannsynligvis være enklere å etablere og drifte i en av de større byene, men rekruttering kan fortsatt være utfordrende. Gjennomtrekk av personale vil kunne være en utfordring uansett lokasjon. For å adressere dette bør piloten inkludere omfattende reisevirksomhet, slik at teamet kan få erfaring med de praktiske og personellmessige utfordringene ved gjentatt og langvarig ambulerings over store avstander.

En pilotering i ulike geografiske områder vil også gi verdifull informasjon om hvorvidt teamet kan bidra til mer likeverdige tjenester. Dette er spesielt relevant for distriktene, hvor det ofte mangler spesialisert kompetanse, og i regioner hvor det er vanskelig å bygge opp gode lokale tiltak både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten. Selv om et slikt team sannsynligvis kan styrke likeverdet i tilbudet, er det fortsatt usikkert i hvor stor grad dette vil lykkes

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? *

For å lykkes med modellen er det avgjørende å etablere klare rammer for rollefordeling og samarbeidsrutiner. Det er også nødvendig med lokale aktører som kan engasjere både ungdommene og deres omgivelser i samarbeidet, spesielt for å identifisere og støtte dem som er i risiko for å utvikle skadelig aggressiv atferd. Når ungdommen fyller 16 år, kreves deres eget samtykke for henvisning, noe som gjør god informasjon og motivasjonsarbeid enda viktigere.

Det er essensielt at det ambulante teamet har kapasitet til å håndtere henvisninger på en god måte, og at tilbudet kommuniseres effektivt til relevante aktører. Samtidig innebærer nasjonale eller regionale kompetansemiljøer en kjent risiko for at tilbudet blir begrenset til deres nærområde, noe som kan svekke – snarere enn styrke – likeverdigheten i tjenestene.

Derfor må piloten utformes med omhu. Den bør etterligne utfordringene ved full nasjonal implementering, selv om den gjennomføres i mindre skala. Dette vil gi et realistisk bilde av om modellen er bærekraftig og i stand til å sikre likeverdige tjenester uavhengig av geografiske forskjeller.

Innspill etter kapittelinnledning

11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

12. Målsetning

Formålet med tiltaket er todelt:

1. Forebygge at vold eller skadelig seksuell atferd (SSA) skjer igjen (eller redusere omfanget.)
2. Bistå unge med å nå egne livsmål på måter som ikke skader andre.

Målsettingen er å redusere de alvorlige konsekvensene skadelig aggressiv og seksuell atferd har, både for den unge selv og for dem som utsettes for vold og overgrep. Dette inkluderer kostnader knyttet til livsmestring og samfunnsøkonomiske belastninger. Dersom målsettingen oppnås, vil det ha betydelig samfunnsnytte og gi store gevinster for enkeltindivider med alvorlige utfordringer.

En viktig avklaring er hvordan effekten av tiltaket skal måles. Hva skal fungere som baseline for å evaluere resultatene? Skal målet være en konkret reduksjon i statistikk knyttet til vold og SSA, og i så fall hvor stor reduksjon forventes? Videre må det vurderes hvordan man kan sikre at forbedringene faktisk skyldes dette tiltaket. Et alternativ kan være å analysere data fra spesifikke regioner der tiltaket er pilotert og sammenligne med områder uten tilsvarende innsats. Dette vil bidra til å forstå tiltakets reelle effekt og underbygge en evidensbasert evaluering

13. Målgruppe

Målgruppen består av barn og unge i alderen 10–18 år med høy risiko, med en prioritering av aldersgruppen 10–15 år. Tidlig intervensjon vurderes som svært verdifullt, og identifikasjonen av målgruppen baseres på bekymringsfull atferd i kombinasjon med identifiserte risikofaktorer.

Forskning viser at bekymringsfull atferd ofte oppstår i stadig yngre alder. Dersom målet er å gripe inn så tidlig som mulig, kan det være unødvendig å sette en fast nedre aldersgrense. Yngre barn bør også vurderes, spesielt dersom den bekymringsfulle atferden opptrer sammen med tydelige risikofaktorer. Dette kan sikre at flere barn får tilgang til nødvendig støtte på et kritisk tidspunkt i utviklingen.

Det er også viktig å sørge for at en differensierer mellom barn og unge med behov for et sikkerhetspsykiatrisk tilbud - døgnbasert eller ambulant, samt kommunale tilbud for denne gruppen, som f.eks anbudsbaserte tilbud hos f.eks ATV

14. Utfordringsbildet

For å sikre nødvendig støtte og redusere følelsen av avmakt, er samarbeid og støtte på tvers av systemer avgjørende. Dette krever tydelige retningslinjer for ansvars- og oppgavefordeling for å unngå at ansvaret skyves mellom aktørene. En slik struktur er essensiell for å sikre at tilbudet faktisk møter behovene, uavhengig av lokale variasjoner i tilgjengelige ressurser. Hvordan kan man sørge for at behovet for hjelp overstyrer manglende ressurser og kapasitet i lokale tjenester?

Det ambulante tilbudet innebærer betydelig reisevirksomhet, og dette reiser spørsmål om hvordan arbeidsbelastning og teamets dynamikk påvirkes. Finnes det allerede etablerte tjenester med reisende team man kan lære av, både når det gjelder tilrettelegging for arbeidsmiljø og hvordan mobiliteten påvirker opplevelsen av å være et samlet og effektivt team? Slike erfaringer kan gi verdifulle innspill til hvordan man bør utforme og drifte et ambulant tilbud.

15. Alternative muligheter

Det er store mangler i dagens tjenester, noe som gjør det nødvendig å vurdere alternative løsninger. En pilotering av et spesialisert tilbud kan bidra til å sikre likere tjenester og tilgang til kompetanse, uavhengig av hvor man bor. Dette er spesielt viktig i områder med lav dekning av helsetjenester eller mangel på gode lokale tilbud.

Faglig sett bygger dette på samme teoretiske grunnlag som eksisterende tilbud, som MST (Multisystemisk terapi). Et sentralisert tilbud vil kunne styrke kompetansen der behovet er størst. Samtidig er det uklart hvilket ansvar kommunene skal ha i dette arbeidet. Kommunene har allerede vist initiativ ved å etablere tiltak som ATV (Alternativ til vold) og etablere godt samarbeid på tvers av sektorer, inkludert politi/justis, barnevern, uteseksjonen, SLT og andre aktører.

Det tverrsektorielle ansvaret og mandatfordelingen forblir imidlertid noe uklart, selv om det er kritisk å få dette avklart for å sikre en helhetlig og effektiv innsats. Valget står derfor mellom å fortsette som før, med de manglene som finnes, eller å prøve ut et spesialisert tilbud som kan adressere disse utfordringene på en mer systematisk måte.

16. Kostnader

Piloteringen er kostnadsberegnet til å dekke omtrent 10 % av det antatte behovet over en treårsperiode. Kostnadene er estimert som lave sammenlignet med den potensielle samfunnsøkonomiske gevinsten. Underveis vil det være mulig å vurdere om de faktiske kostnadene samsvarer med antagelsene og gjøre nødvendige justeringer.

Et sentralt spørsmål er om en periode på tre år er tilstrekkelig for å sikre rekruttering, bygge nødvendig kompetanse, og oppnå stabilitet og kontinuitet i tiltaket. For å få et bredt nok erfaringsgrunnlag kan oppdraget vise seg å kreve mer tid, noe som må tas høyde for i planleggingen.

Videre bør kostnadene og gevinstene ved denne modellen vurderes opp mot effekten av andre alternative løsninger, for å sikre at ressursene benyttes på den mest effektive og bærekraftige måten. Justeringsmuligheter og fleksibilitet i pilotens omfang og varighet vil være avgjørende for å maksimere læringsutbyttet og samfunnsnyten.

17. Gevinster

Den antatte gevinsten er avhengig av hvor effektivt behandlingstilbudet viser seg å være. Hvis man lykkes, vil gevinsten være betydelig, både i et livsmestrings- og samfunnsøkonomisk perspektiv. En pilot vil kunne gi verdifull innsikt og et solid kunnskapsgrunnlag for å vurdere om de forventede gevinstene er realistiske.

18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

For å sikre vellykket drift og samarbeid, er det avgjørende å utvikle klare og effektive retningslinjer basert på de viktigste faktorene. Dette bør skje i tett samarbeid med brukerrepresentanter og andre relevante aktører.

Vi anser det som helt sentralt at man klarer å rekruttere og opprettholde et kompetent miljø som er villig til å utføre den omfattende og vedvarende reisevirksomheten som er nødvendig for å nå ut til mer desentrale områder. Det er også viktig å unngå at tilbudet kun blir tilgjengelig for pasienter i nærområdet, og sikre at kompetansen er tilgjengelig på tvers av ulike geografiske områder.

Generelle innspill

19. Øvrige eller mer overordnede innspill til konseptforslaget?

Det er behov for en stor satsning på et spesifikt fagområde, i samarbeid med alle relevante aktører, med fokus på faglig utvikling og kompetansebygging. Dette gjelder spesielt en pasientgruppe som skaper mye utfordringer i tjenestene i dag, uten nødvendigvis å oppnå gode behandlingsresultater. Hvis man lykkes med denne innsatsen, bør man vurdere overføring av ansvaret til kommunale og lokale aktører, med støtte fra et sentralt veiledningsorgan.

Den største utfordringen er å tilby høyspesialisert behandling til en lavprevalent og lite motivert pasientgruppe. Lokalt baserte tiltak og systemarbeid er nøkkelen her, men denne kombinasjonen kan virke motstridende. Vi mener at lokalt baserte, systemiske tiltak og samhandling er avgjørende for å skape bærekraftige løsninger for denne gruppen. Derfor er vi usikre på om et nasjonalt team vil være den beste løsningen for å sikre dette.