

## 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 så mange 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?

## 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, med utviklingshemming, kognitive vansker, funksjonsnedsettelse. Kompetansen i teamet må være svært god både på gjenkjenning, kunnskap om, og tilrettelegging av behandling/tiltak for de som har UVH, kognitive vansker eller andre typer funksjonsnedsettelse.  
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 kapittelinnledning

## 11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

Kompetanse. Behovet for dobbeltkompetanse - Diagnosespesifikt, god kunnskap om kognitive vansker og funksjonsnedsettelse  
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.

## 14. Utfordringsbildet

Utfordring med å sikre god kompetanse / dobbeltkompetanse 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 jobbe forebyggende, og sette inn tiltak tidlig

## 18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

Mengdetrening; 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. Det er nok 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.

Viktig at teamet kjenner til utfordringer knytta til kognitive vansker, utviklingshemming og andre 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.