

## 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 7. Utdyp svaret over \*

Med ambulant spesialisthelseteam får vi en kompetanse som når ut i regionene. Det blir muligheter til å bygge opp et godt kompetansemiljø rundt disse barna/ungdommene, og økt bevissthet om temaet. Både nødvendig spisskompetanse og muligheter til veiledning og rådgivning mener vi vil kunne ivaretas bedre av slike team enn det som er mulig å få til i mange kommuner pr. i dag.

Vi ser for oss at bistand fra teamet kan bidra til å forebygge plassering eller brukes i tilbakeføringssaker. En forutsetning for at tilbudet skal oppleves nyttig og tilgjengelig, er at det fremkommer tydelig hva som er målet med tjenesten og hva instansene rundt kan forvente av det ambulante teamet. Siden teamet skal bistå i ulik grad, alt etter lokale behov, må samarbeidsavtaler med den enkelte kommune på plass, slik at det blir tydelig hva partene har ansvar for, og hva teamet kan bidra med i ulike scenarier. Avtaler mellom kommunene og de regionale RVTS-ene er eksempler på slike avtaler.

## 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 9. Utdyp svaret over \*

Sandnes kommune savner en tydeligere beskrivelse av hvordan det er tenkt at de ambulante spesialisthelseteamene skal organiseres og hvilken kapasitet de vil kunne ha. Det kan se ut til at det legges opp til ett team i hver helseregion når piloteringsfasen er ferdig. Det mener vi må være et minimum for effektivt å kunne nå ut til alle kommuner. Da vil det sannsynligvis kunne vil bidra til et mer likeverdig behandlings- og oppfølgingstilbud for barn og unge med høy risiko for å skade andre. Vi foreslår at det også dannes et felles kompetansefellesskap mellom disse regionale teamene, med mål om en nasjonal standard for kompetanse og en felles fagutvikling.

## 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 for ambulant spesialisthelseteam er barn og unge i alderen 10-18 år med høy risiko for ny eller gjentakende utøvelse av vold og/eller skadelig seksuell atferd (SSA), og mistanke om en eller flere ulike tilstander. Den skisserte henvisningsprosessen forutsetter at rangeringen av risiko blir tydelig og forståelig, og at det utvikles gode verktøy for rangeringen. Dette bør utvikles nasjonalt for at tilbudene skal bli likeverdige og ha felles standard, og for å lette prioriteringsarbeidet regionalt. (Jf. Politiets Hva er RISK (Risikoanalyse og kriminalitetsforebygging av vold i nære relasjoner)? - Dinutvei.no), med mål om felles forståelse av problematikken. Vi vil tro at disse sakene vil havne på barnevernets bord, og dermed at målgruppen kan få et tilbud, men det forutsetter at tilbudet er kjent for de ulike aktørene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

## Innspill etter kapitteinndeling

### 11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

Der det lokalt finnes andre lignende tiltak mener vi at disse må kontaktes før vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp konkluderes, slik at barnet/ungdommen ikke risikerer å falle mellom to stoler. Samlet og helhetlig informasjon som foreligger om barnet/ungdommen må tas med inn i vurderingen. Det bør lages en egen mal/henvisningsskjema for denne typen henvisninger, med tydelig beskrivelse av hvilken informasjon skal foreligge før saken henvises. Informasjonen bør for eksempel handle om voldshistorikk, anmeldelser og lignende. Sandnes kommune har tro på at dette etter hvert vil bidra til at det dannes et større fagmiljø innenfor området barn og unge med høy risiko for å skade andre, og at dette igjen vil føre til at målgruppen vil få bedre og mer riktig hjelp. Vi regner også med at ambulant spesialisthelseteam vil kunne avlaste de ulike tjenestene på sikt. Vi er imidlertid usikre på om eventuelle regionale ambulante spesialisthelseteam (AST) kommer til å ha nok kapasitet, om hvordan forløpene blir når det gjelder risiko for at teamene trekker seg ut for tidlig, og om hvilke kriterier vil det være for å avslutte et forløp. Og vil pilotene være rigget for tilbakefallsutfordringer?

### 12. Målsetning

Sandnes kommune har ikke kommentarer til dette avsnittet.

### 13. Målgruppe

Sandnes kommune har ingen innvendinger til beskrevet målgruppe. Vi er enige i målet om tidlig intervensjon og at de fra 10 til 15 prioriteres. Det er viktig at dette også konkretiseres i et eventuelt henvisningsskjema, når det gjelder vurdering av høy/moderat risiko og hvilken informasjon som skal vedlegges for at teamet skal kunne ta gode vurderinger om nødvendig helsehjelp.

### 14. Utfordringsbildet

Det kan være en del av utfordringsbildet at målgruppen allerede har erfaringer med store deler av hjelpeapparatet. Det kan gjøre noe med motivasjonen for å ta imot nok et hjelpetiltak. Igjen blir det en suksessfaktor hvor lenge AST er inne i saken, og hvorvidt man klarer å skape en felles forståelse av utfordringsbildet slik at tilbudet kan koordineres med tilbud fra andre tjenester. I komplekse saker, hvordan kan vi prioritere riktig; altså dem som har høy risiko? De som har høy risiko for å skade andre har ofte også flere andre utfordringer i bagasjen; hva skal prioriteres først, voldsrisiko eller for eksempel traumer? Dette krever solide henvisninger.

### 15. Alternative muligheter

Sandnes kommune har ikke kommentarer til dette avsnittet.

### 16. Kostnader

Sandnes kommune har ikke kommentarer til dette avsnittet.

### 17. Gevinster

Sandnes kommune har ikke kommentarer til dette avsnittet.

### 18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

Sandnes kommune er enige i de beskrevne forutsetningene for vellykket gjennomføring i kapittel 18, men vil anføre ytterligere to forhold:

1. Jamfør side 34 i høringsnotatet om manglende systematikk. Det er etter vårt skjønn en forutsetning at det utarbeides nasjonale verktøy for en kunnskapsbasert, metodisk og systematisk tilnærming i det risikoreduserende arbeidet. Det kan ikke være et regionalt eller lokalt ansvar å utvikle metoder eller verktøy som hjelper tjenestene med å vurdere risikoen for at barn og unge kan utøve vold eller SSA.
2. Det bør være tydelige rammer for hvor mange som skal få tilbud i teamene. Det vil være viktig å starte med et mindre antall i piloten, og heller øke etter hvert som teamene oppnår tilstrekkelig erfaring og kompetanse.

## Generelle innspill

19. Øvrige eller mer overordnede innspill til konseptforslaget?