

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

7. Utdyp svaret over *

Individorientert behandling legger mye av ansvaret for endring over på barnet, men avhengig av barnets alder er det begrenset hvor mye av endringsansvaret som skal legges på dem. Videre, med kunnskap om at barn som har gått med voldelig atferd over tid ofte befinner seg i negative samspillsmønstre med andre er det urealistisk å forvente at barnet på egen hånd skal endre samspillet. Her er det helt nødvendig at en behandling også ansvarliggjør de voksne rundt barnet og bidrar med psykoedukasjon og behandling til voksne som kan ha vært skadelidende som følger av barnets atferd.

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 *

Ambulant team kan tette ressursrøkkene og være en verdifull bidragsyter til lokale tjenester, med spisskompetanse og med menneskelige ressurser. Spesielt på små steder hvor lokale tjenesteytere gjerne er tett sammenvevd med sosiale relasjoner, kan ambulant team være en effektiv støtte både for mottakerne av behandlingen og av behandlere som kan stå under press fra mange kanter. Når det kommer til geografisk utrulling av pilotprosjektene finnes det sterke argumenter for at et av pilotområdene bør legges til de nordligste fylkene. Det er større sannsynlighet for at en pilotering og vurdering som også inkluderer samisk perspektiv vil ha nasjonal overføringsverdi enn at en pilot som ekskluderer det samiske perspektiv vil kunne overføres til områder med samisk befolkning. Det er også en lavere tjenestetetthet i mange områder i nord-Norge som vil gi forutsetninger for å stressteste konseptet. Dersom et ambulant team klarer å gjennomføre behandling i disse geografiske områdene vil det også være gjennomførbart i resten av landet.

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 er svært positivt at det skal vurderes om politi og konfliktrådet skal kunne ha anledning til å henvise til ambulant spesialisthelseteam. Politiet har svært få verktøy opp mot barn under strafferettslig lavalder og i mangel på andre alternativ er det svært sannsynlig at politiet ville vært flittige brukere av en slik henvisningsmulighet. Konseptnotatet presenterer at undergruppen av unge med dyssosiale trekk er mindre følsomme for straff, men diskuterer ikke hvordan et slikt ambulant team stiller seg til unge i straffegjennomføring. Den lanserer heller ikke mulighet for at friomsorgen eller kriminalomsorgen skal kunne henvise barn som er under straffegjennomføring, eller om det ved straffegjennomføring er vurdert at fengselet selv har tilgang til et tilsvarende tilbud lokalt.

Innspill etter kapittelinnledning

11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

12. Målsetning

Tiltaket skal bidra til en målbar reduksjon i antall alvorlige volds- og overgrepshendelser blant barn og unge i Norge. Under punktet "Økt trygghet" i konseptnotatet beskrives det at å forebygge eskalering av volds- og overgrepshandlinger blant barn og unge kan medføre økt sikkerhet og trygghet. Påstanden mangler en spesifisering av hvem forebyggingen medfører økt sikkerhet og trygghet for. At de voksne rundt barna opplever trygghet er i de fleste tilfeller en forutsetning for at barna skal oppleve økt trygghet og at den skadelige atferden kan forebygges. At trygghet for voksne er en forutsetning for trygge barn legger premisset for forebygging av skadelig atferd, noe som ikke er tilstrekkelig reflektert og diskutert i høringsnotatet. Det blir spesielt tydelig i avsnittet om evaluering, hvor det ikke er beskrevet at man innhenter data om potensielle endringer opplevd trygghet blant de voksne rundt barnet etter endt behandling.

13. Målgruppe

Uten en grundigere presentasjon av kriteriene for vurdering og prioritering er det vanskelig å se for seg at tilbudet skal klare å prioritere unge mellom 10 og 15 som kanskje enda ikke har frustret alle muligheter i lokale behandlingstjenester/ tilbud, opp mot 15-16 åringer med betydelig voldskapital som har frustret lokale, regionale og nasjonale behandlingstilbud og tjenester uten at det utformes eksplisitte ekskluderingskriterier som gir 10-15 en fordel.

14. Utfordringsbildet

Ambulant team skisseres som en del av spesialisthelsetjenesten og vil formodentlig være underlagt taushetsplikt under helsepersonelloven. Dette krever en grundigere refleksjon rundt hvordan teamet kan samhandle tett med kommunale helsetjenester, evt barnevern, skole og foreldre samt samarbeide både på strukturelt nivå og på saksnivå. Det reflekteres heller ikke hvordan det at fagpersoner og ulike instanser har ulike former for risikovurdering og risikohåndtering, og hvilken forståelse av risikovurdering og håndtering ambulant team skal basere seg på og refleksjoner over hvordan man kan utforme tjenesten til å komplementere og styrke eksisterende kompetanse på feltet uten å bidra til konflikt. NKVTS' rapport (Vorland, N., Selvik, S., Hjorthol, T., Kanten, A. B., & Blix, I. (2018). Tverretattlig samarbeid om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. (Rapport 3)) understreker at manglende kunnskap om lowverket rundt taushetsplikt kan gjøre tverretattlig samarbeid utfordrende, og dette nødvendiggjør en refleksjon av hvordan ambulant team kan bidra til å bedre situasjonen heller enn å tilføre problemstillingen ytterligere kompleksitet.

15. Alternative muligheter

16. Kostnader

17. Gevinster

18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

Selv om konseptnotatet beskriver en kartlegging som inkluderer relasjoner, nettverk og arenaer beskriver det ikke tilnærming til vurdering av "goodness of fit" (Thomas og Chess 1968) opp mot de voksne som allerede er i posisjon hos barnet eller ungdommen. Det diskuteres heller ikke hvordan kunnskap om "goodness of fit" gir utslag i vurdering av om saken skal ligge hos ambulant tjeneste eller lokale tjenester. Uten en grundig refleksjon rundt goodness of fit risikerer vi at behandlingstilbudet stiller for høye forventninger til barnet og slik sette barnet i en situasjon hvor det er dømt til å feile. Evalueringskriteriene burde i aller høyeste grad vurdere om de voksne rundt barnet føler økt trygghet etter endt behandling. Konseptnotatet skisserer at det etter endt behandling skal vurderes om behandlingsmålene er nådd og om risikoen for ny eller gjentakende vold/ og eller SSA er redusert, men det skisseres ikke hvilke kriterier som ellers ligger til grunn for å avslutte behandlingen. I noen tilfeller vil det være naturlig å tenke at behandling avsluttes på grunnlag av, eller når risikoen for ny eller gjentakende vold/ og eller SSA er redusert, men dersom det ikke er dette som er grunnlaget for avslutning bør det diskuteres hva grunnlag for avslutning skal være. Det er også nødvendig å diskutere hvorvidt lokale tjenester er i stand til/ i posisjon til å overta behandling og hva som er mulige tiltak dersom de ikke er det.

Generelle innspill

19. Øvrige eller mer overordnede innspill til konseptforslaget?

Bidrar utformingen til å medikalisere barns normalreaksjoner på vanskelige oppvekstvilkår? Mange av barna i målgruppen har "vanskelige oppvekstvilkår" som grunn- eller tilleggsdiagnose. Dette er godt beskrevet i konseptnotatet og det er gitt en tilfredsstillende beskrivelse av sammenhengen mellom oppvekstvilkår og helseeffekter både i barndom og gjennom livet. Konseptnotatet beskriver også grunnene til at vi ikke klarer å hjelpe akkurat disse barna og lister opp fragmentert innsats, ansvarsforhold, manglende systematikk og samarbeid mellom offentlige aktører og for lite spesifikk fagkompetanse uten å beskrive godt nok hvordan et ambulant spesialisthelseteam ville løst flere problemer enn det skaper. For barn med "diagnose" 'vanskelige oppvekstvilkår' er barnas helsebehov avhengig av intervensjoner på andre arenaer, men konseptnotatet beskriver ikke hvordan denne problemstillingen vil tas inn i vurderingen av om et barn får tilbud om behandling og i evaluering av endt behandling. Vi vet at barns oppvekstvilkår og omgivelser kan bære hele ansvaret for barns skjevutvikling (Thomas og Chess 1968) og at intervensjoner på andre arenaer er nødvendig for å skape bedre helse. En medikalisering av normalreaksjoner på utfordrende og urettferdige oppvekstvilkår vil i seg selv kunne være en urett og kan ha en forsterkende effekt på problemet, heller enn å være en løsning, slik det også blir beskrevet i konseptnotatet under avsnittene "Fragmentert innsats, ansvarsforhold og felles forståelse", "Tverrsektorielt samarbeid med eksisterende tjenester" og "Brukere og pårørende". Selv om utfordringen er godt beskrevet mangler det en refleksjon rundt hvordan et ambulant team kan unngå å bli en del av problemet. For å bidra til at ambulant kan være en del av løsningen heller enn en del av problemet er det også hensiktsmessig å reflektere rundt utfordringene som ofte oppstår i tverrsektorielt samarbeid.

I hvilken grad ansvarliggjøres de voksne rundt barnet gjennom behandlingen?

Særlig de yngste barna i målgruppen er svært avhengige av reguleringsstøtte fra de voksne rundt seg, dette krever at de voksne har trygghet og kompetanse til å regulere og speile barnet. Konseptnotatet mangler en diskusjon om hensiktsmessighet av at behandlingen er barneorientert heller enn systemorientert. Vi vet at uønsket atferd på skolen eskalerer i kjølvannet av voksnes manglende samhandling (Kjemsaa 2010), likevel reflekterer ikke konseptnotatet rundt ønskede eller uønskede effekter av å potensielt introdusere enda en aktør i en stadig voksende ansvarsgruppe rundt barnet. Konseptnotatet understreker tydelig at skole og utdanning er en helt sentral beskyttelsesfaktor senke risikoen for skadelig atferd. Samtidig vet vi at mange av de berørte barna sin problematferd kommer til uttrykk i skolehverdagen og at atferden til noen av disse barna gjør at de effektivt blir ekskludert fra undervisning og undervisningsfellesskap, og får dårligere tilgang på den viktige beskyttelsesfaktoren skolen faktisk er (Kjemsaa og Jensen, 2019). Mange av disse barna får slik også en grunn- eller tilleggsdiagnose som "skoletaper", som kun i begrenset grad kan behandles i spesialisthelsetjenesten. Kjemsaa og Jensen beskriver i sin erfaring at gjennom langvarig konflikt på skolen reduseres både elevens og systemets endringsvillighet, og på bakgrunn av dette er det betimelig å spørre om ikke konseptnotatet i større grad burde adressert om det å forvente at barnefokuset helsebehandling ikke legger barnet for stort ansvar for å endre egen skolesituasjon. Dette beskrives i pedagogisk atferdsforskning "Innenfor temaområdet atferdsproblematikk opplever vi en stadig økende konsensus for at utfordringene ikke alene er enkeltelevers manglende skolefaglige og sosiale ferdigheter, men også skolens tradisjonelle tankesett og praksis" (Kjemsaa og Jensen, 2019).