

Høring

Piloting av ambulant spesialisthelseteam til barn og unge med høy risiko for å skade andre

Høringsinnspill fra

**Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA),
i samarbeid med Nasjonalt implementeringsteam for FACT ung**

Dato: 22. januar 2025

Vår ref.: 5/2025



Høringsspillet er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) i samarbeid med Nasjonalt implementeringsteam for FACT ung (bestående av representanter fra Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT), Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Øst og Sør, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Vest, Kompetansesenter rus (KORUS) Bergen) og NAPHA.

Innledning

Å styrke behandlingstilbudet til barn og unge med høy risiko for å skade andre er et viktig arbeid, og vi stiller oss bak beskrivelsene av behovet for å styrke eksisterende tjenester. Vi er enige i at ungdommene i målgruppen ikke får et godt nok tilbud i dag. De eksisterende tjenester har ikke god nok kompetanse, og heller ikke tilstrekkelig med ressurser. Selv om det er noen unntak, gjelder dette i all hovedsak både kommunale tjenester, spesialisthelsetjenester og oppsøkende behandlingsteam som FACT ung.

Effekten av AST vanskelig å vurdere nå – og effektmålene bør utvides

Det er en stor helsepolitisk prioritering av ambulante spesialist-team (AST) for tiden. **Basert på vår kontakt med FACT ung-team, har vi ikke tro på at ett enkelt tiltak som akkurat dette, vil ha så stor effekt som antatt i konseptutredningen.** Det er behov for en bredere satsing, over flere år, enn det legges opp til. Målgruppen for teamene vil også ha et større behov for samhandling mellom svært mange aktører og sektorer, enn det som er beskrevet i utredningen.

Det vil være vanskelig å vurdere effekten av AST før piloten er gjennomført, og evaluert. Det er derfor positivt at teamene følges med effekt- og implementeringsforskning, noe som gjør det mulig å justere innretningen på tilbudet fortløpende.

Vi mener det er uheldig at det mangler effektmål knyttet til redusert voldsutøvelse og skadelig seksuell adferd, som vil være det man først og fremst ønsker å oppnå (s. 23–24). De andre målene som beskrives på samme side vil være vanskelig å nå med et begrenset tiltak som AST. Vi anbefaler en ny gjennomgang av målene.

Gjennomfør utprøving av pilotteam samtidig som man styrker eksisterende tjenester

Det er nødvendig å skille mellom AST som et **veiledningstiltak** og AST som et **behandlingstiltak**. Behovet for AST vil henge direkte sammen med den lokale kompetansen, og kapasiteten.

Vi anbefaler at AST etableres som en bredt innrettet nasjonal kompetansetjeneste, som både skal jobbe med forskning, evaluering, veiledning, og noe klinisk virksomhet, i områder med lite utbygde tjenestetilbud. En slik kompetansetjeneste bør først og fremst bygge opp kompetansen hos eksisterende tjenester (for eksempel FACT ung-team og MST), bistå med veiledning, og forsterke eksisterende tjenester i særlig utfordrende saker. Et ambulant team som jobber fleksibelt, og styrker tjenestetilbudet nært der den unge oppholder seg, der det ikke finnes slike tilbud, kan være en del av en slik tjeneste.

Det tar lang tid å bygge opp nye tiltak og strukturer i tjenestesystemet, og det vil være høy risiko for enda flere sårbare overganger hvis AST som eneste aktør skal ivareta en ungdom i en periode, eller kun behandle en avgrenset problematikk.

Vi mener at det primært bør satses på å øke **kompetansen** i eksisterende tjenester (herunder FACT ung-team og MST), både gjennom strukturerte opplæringsmoduler og tilgang til en kompetent veiledningstjeneste. Samtidig mener vi at det er nødvendig å styrke **kapasiteten** i eksisterende tjenester (særlig gjennom flere og mer robuste FACT ung- og MST-team).

Sekundært vil det være et behov for AST som forsterket behandlingstiltak i områder med svakt utbygde alternative tjenester (jf. kapittel 8). Samarbeidende tjenestetilbud som MST og FACT ung finnes i mindre grad i spredtbygde strøk.

Konseptutredningen beskriver at man vil komme tilbake til selve organiseringen av AST, etter piloteringen. Som vi har beskrevet over, mener vi det hadde vært bedre å se AST i sammenheng med en styrking av eksisterende tjenester og aktører, som FACT ung-teamene, MST og øvrige tilbud.

Utredningen beskriver litt ulikt hvordan innretningen av teamene er tenkt. På side 10 i utredningen finner vi den beste beskrivelsen av hvordan teamenes oppgaver og ansvar bør være:

«De ordinære tjenestene vil være hovedaktørene i oppfølgingen. Ambulant spesialistteam 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 spesialistteamet prioritere å gå inn mer aktivt.»

Vi anbefaler at teamene beskrives som konsultasjonsteam, ikke behandlingsteam. Et nasjonalt spisskompetansemiljø kan gjøre det lettere å utvikle og implementere et felles kunnskapsgrunnlag, både i det forebyggende arbeidet og mer spesialiserte innsatser. For å nå tjenestetilbud over hele landet kan veiledning også gjøres digitalt.

Flere større og mer kompetente FACT ung-team som alternativ

Det er i dag 28 FACT ung-team i drift, og det vil trolig komme ytterligere 5–10 team i 2025. Sterke helsepolitiske føringer for FACT ung betyr at det om ikke altfor lenge kan være FACT ung-team som vil dekke de fleste store og mellomstore byer og mer tettbygde strøk. Flere, og større, FACT ung-team vil gjøre det mulig for teamene å følge opp flere av de som vil være i målgruppen for AST.

FACT ung-modellen har mange av de samme elementene som trekkes frem i AST. Et fortrinn med FACT ung er at teamene er sammensatt av ansatte fra både kommune(r) og sykehus. Teamene har bred tverrfaglig kompetanse, har spesialistkompetanse, og de fleste har også barnevernfaglig kompetanse, og kompetanse om arbeid og utdanning. Dette gjør at teamene kan tilby mange ulike former for hjelp, og hjelpen blir mer helhetlig. FACT ung jobber også aktivt oppsøkende og fleksibelt.

Les mer om FACT ung: [FACT ung - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Omkring en av tre unge som har tilbud fra FACT ung har samtidig oppfølging fra barnevernet. Vi antar at noen av disse ungdommene også vil være i målgruppen for AST. FACT ung-teamene vil både kunne avdekke at ungdommer har problematikk knyttet til vold og utagering, og de kan følge opp unge hvor det er godt kjent at de har den aktuelle problematikken, gitt at de har ressurser og kompetanse.

Teamene har også mye erfaring med hvordan man kan nå ungdommer som ikke ønsker å ta imot hjelp eller som trenger mye tid til relasjonsbygging. Det vil sannsynligvis også gjelde en stor andel av ungdommene som det er tenkt at AST skal gi et tilbud til. FACT ung-teamene jobber aktivt oppsøkende, fleksibelt og følger opp ungdommene på deres premisser, over tid.

Vi mener at beskrivelsen av FACT ung (side 37) er utilfredsstillende, særlig sett i lys av hvordan man har beskrevet MST-tilbudet (side 39–40). For FACT ung vektlegges begrensningene, mens for MST viser en også hvordan arbeidsformen er i tråd med forventningene til AST. Hele det siste avsnittet under MST-beskrivelsen er også dekkende for hvordan FACT ung jobber. Slik konseptutredningen beskriver FACT ung framstår en slik løsning som langt mindre realistisk enn det vi mener den er.

Behov for mer samordnet innsats

I deler av utredningen får man inntrykk av teamene først og fremst skal være høyspesialiserte behandlingsteam, innrettet mot individuell spesialisert behandling. Det er vi skeptiske til. Det vil ikke svare ut de utfordringene som beskrives. All forskning og erfaring tilsier at det er nødvendig med en bred innsats rettet mot både individuelle risikofaktorer, relasjonelle faktorer, sosial tilknytning, nærmiljøfaktorer og en styrking av storsamfunnets innsats. Vi mener AST er for lite beskrevet inn i en slik sammenheng. Hvordan samarbeidet med andre tjenester og sektorer skal være, tematiseres for lite.

En mer samordnet innsats er særlig viktig med tanke på at det som oftest er i overgangene, og i samhandlingene mellom faglige tilnærminger, sektorer og aktører, at oppfølgingen svikter. Vår erfaring med FACT ung tilsier at jo mer alvorlig og sammensatt problematikken er, jo mer utførende er samhandling. Å introdusere AST som et nasjonalt tilbud uten reell mulighet til å håndtere den konkrete og komplekse samhandlingen på lokalt nivå, vil gi lokale tjenester ytterligere samhandlingsutfordringer.

Når det gjelder samordning og tverrsektoriell innsats er det mulig å lære av både FACT ung og [høyrisikoteamet i Trøndelag](#). Disse er begge gode eksempler på hvordan man kan jobbe på tvers av etater, sektorer og tjenestenivå.

Hvis man skal få til en mer samordnet innsats er det også viktig å tenke over, og planlegge, hvordan samarbeidet er tenkt mellom ulike departement, direktorat og tilhørende kompetanseaktører. Vi savner for eksempel en nærmere beskrivelse av hvordan det er tenkt at AST som spisskompetansemiljø skal samarbeide med andre nasjonale og regionale kompetanseaktører som NKVTS, SIFER, NUBU, RVTS, KORUS, RBUP/RKBU og NAPHA

Tilgang på kompetanse og helsepersonell

Det er viktig å se et slikt tiltak i konteksten av andre tiltak, også når det gjelder tilgang til helsepersonell. Det er en fare for at ulike spesialteam konkurrerer om den samme kompetansen. Dette spørsmålet må behandles i en eventuell utrulling av disse teamene.

Vi anser det som en reell utfordring om det lar seg gjøre å rekruttere ansatte til teamet med den nødvendige kompetansen, og vil, også på grunn av denne utfordringen, anbefale å bygge på eksisterende tjenesteapparat.