

Ekstern høring: Konseptutredning behandlingstilbud til barn og unge med høy risiko for å skade andre

Først publisert: 22. oktober 2024

Siste faglige endring: 22. oktober 2024

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Om prosessen	5
3. Om den nasjonale strategien	7
4. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam	9
5. Målsetning	23
6. Målgruppe	25
7. Utfordringsbildet	30
8. Alternative muligheter som har blitt vurdert	36
9. Kostnader	43
10. Gevinster	44
11. Forutsetninger for vellykket gjennomføring	49
12. Referanser	51

Sammendrag

Helsedirektoratet foreslår å pilotere ambulant spesialisthelseteam til barn og unge med **høy** risiko for å skade andre. Barn og unge i aldersgruppen 10 -15 år bør prioriteres for å forebygge eskalering av atferd så tidlig som mulig. Tilbudet skal bidra til et likeverdig og tilgjengelig behandlingstilbud for barn og unge med høy risiko for å skade andre, uavhengig av bosted. Pilotprosjektet bør ha særskilt finansiering for å kunne gjennomføres som planlagt, uten å gå på bekostning av eksisterende tjenester.

Forslaget er basert på en konseptutredning som har blitt gjennomført siden januar 2023. Dette dokumentet redegjør for utredningen og foreslått tiltak.

Barn og unge med høy risiko for å utøve vold og/eller skadelig seksuell atferd (SSA) har ofte sammensatte og komplekse utfordringer. I aldersgruppen 10 -15 år anslås det å være ca. 400 personer med høy risiko for ny/gjentagende utøvelse av grov vold og/eller SSA.

Målgruppen har ofte vanskelige oppvekstvilkår, selv vært utsatt for traumer, samt underliggende helseutfordringer som psykiske lidelser, atferdsforstyrrelser, utviklingsforstyrrelser og rusmiddelproblemer. Til tross for at det finnes virkningsfulle tiltak i sektorer som helse, barnevern og skole, mangler det systematisk samordning og tilpasning av intervensjoner som er nødvendige for å møte denne gruppens spesifikke behov. Lokale tjenester mangler ofte fagspesifikk kompetanse og ressurser til å håndtere unge med høy risiko, noe som fører til at målgruppen ikke får den hjelpen de trenger for å redusere risikoen.

Uten riktig hjelp øker risikoen for at målgruppen utvikler alvorlige helseproblemer, inkludert psykiske lidelser, rusmiddelproblematikk og tidlig død. Risikoen øker også for at de utvikler en kriminell løpebane inn i voksen alder. Samfunnsøkonomisk fører dette til store kostnader i form av produksjonstap og økt behov for offentlige tjenester.

Ambulant spesialisthelseteam har til hensikt å være et fleksibelt, tverrfaglig og fagspesifikt tilbud som jobber med både systemene rundt og individet for å redusere risikoen for utøvelse av vold og SSA. Tilbudet tilpasses lokale ressurser og behov, der målet er å tilby behandling lokalt der den unge oppholder seg. Det anbefales at teamet reiser ut til den unge og deres familier og utfører både direkte pasientbehandling og veiledning av lokale tjenester rundt den unge. Teamet bør bestå av fagpersoner med høy kompetanse på håndtering av risikoatferd.

Tilbudet er avhengig av tett samarbeid og forankring hos lokale tjenester for å bidra til stabilitet og kontinuitet i oppfølgingen. Dette innebærer at alle deler av systemet rundt den unge jobber systematisk og samordnet for å redusere risikoen og øke livskvaliteten til den unge.

Målet er å redusere risikoen for ny eller gjentakende vold og/eller SSA ved å anvende kunnskapsbaserte metoder og RNR-prinsippene (risiko-behov-mottakelighet). Ved tett samarbeid og styrking av de lokale tjenester kan intervensjoner tilpasses til den unges utfordringer, behov og risikonivå.

Ambulant spesialisthelseteam en del av en tiltakspakke med 3 andre tiltak for barn og unge i risiko for å skade andre:

1. **Styrke eksisterende tjenester.** Tilgjengeliggjøre kunnskap, metoder og verktøy til tjenestene rundt barn og unge: barnehage, skole, barnevern, justissektoren, helsesektoren og flere.
2. **Effekt- og implementeringsforskning.** Fortløpende evaluering og justering av tiltakene parallelt med pilotering og implementering.
3. **Kvalitetsregister.** Vurdere om det skal etableres et kvalitetsregister som samler data om tiltak til barn og unge med høy risiko for å skade andre over tid.

Om prosessen

Siden 2020 har Helsedirektoratet arbeidet med den *nasjonale strategien for helsesektorens innsats overfor personer som utøver vold og overgrep*. I 2023 startet konseptutredningen og arbeidet med å konkretisere tiltak for å nå strategiens mål. Arbeidet er avgrenset til barn og unge i perioden 2023-2025.

Ett av de fire målene i strategien er å sikre et likeverdig og tilgjengelig behandlings- og oppfølgingstilbud til personer som utøver vold og seksualisert vold. Dette konseptforslaget er et løsningsforslag for å bidra til nå dette målet for barn og unge.

I 2023 innhentet prosjektet innsikt fra i overkant av 70 ledere og ansatte i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det ble også gjennomført dybdeintervjuer med brukere og pårørende. Basert på innsikten og eksisterende kunnskap på feltet, startet Helsedirektoratet i 2024 arbeidet med å utarbeide forslag til løsning.

Dette konseptforslaget er den fjerde versjonen, og er revidert på bakgrunn av tilbakemeldinger fra to innspillsrunder, i april og juni 2024, og intern høring i Helsedirektoratet i august 2024. Helsedirektoratets ledermøte ga tilslutning til videre arbeid i henhold til konseptforslaget.

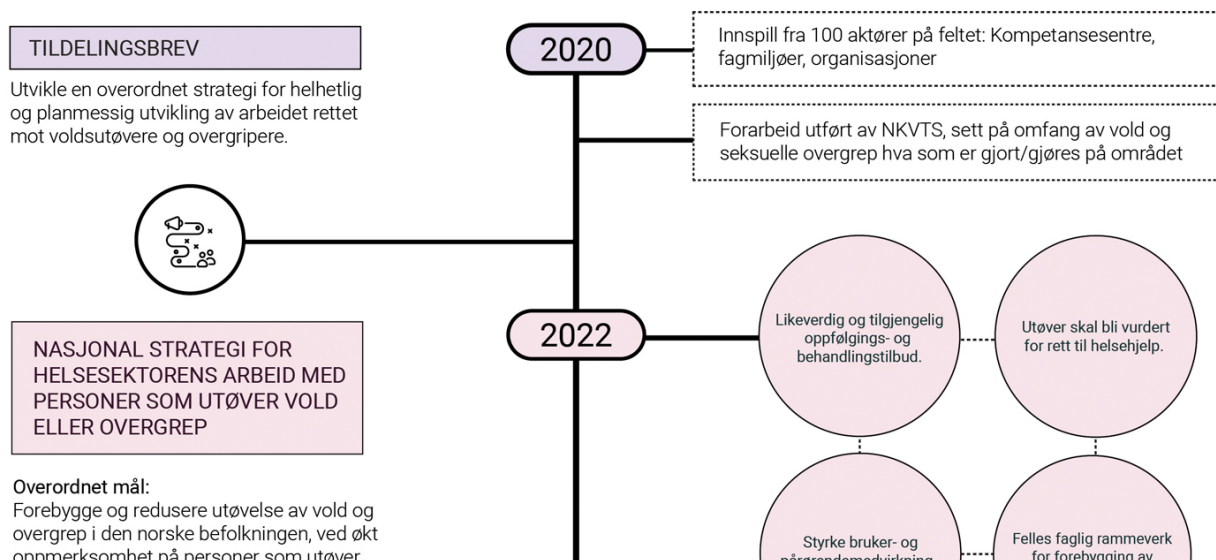
I innspillsrundene har vi mottatt innspill fra over 60 ulike aktører i spesialisthelsetjenesten, inkludert helseforetak (HF-er) og de fire regionale helseforetakene (RHF-ene), kompetansemiljøer, nasjonale myndigheter og kommunale tjenester.

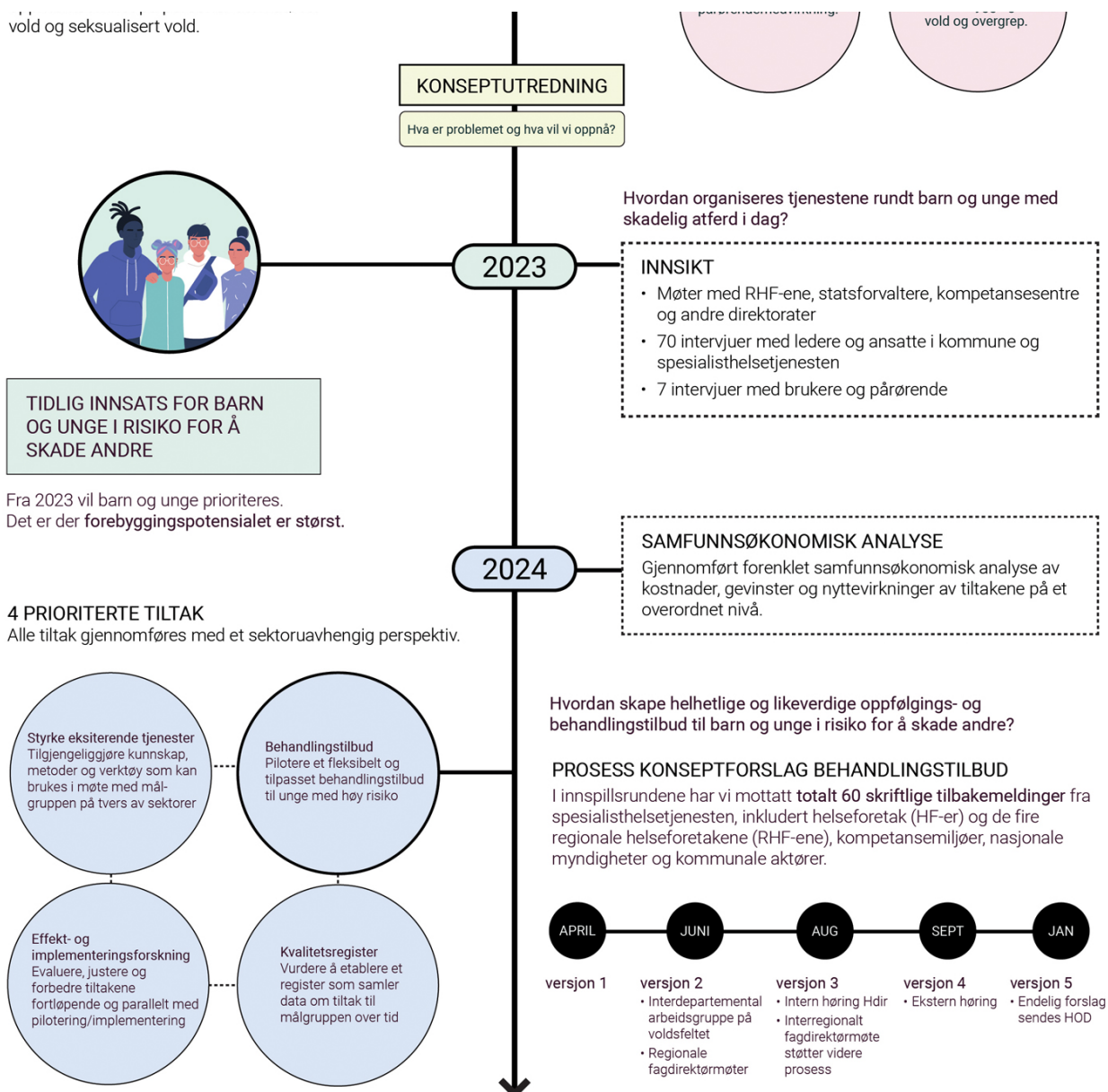
Konseptforslaget har også blitt presentert på fagdirektørmøtene til alle de fire helseregionene, og i det interregionale fagdirektørmøtet i august. Fagdirektørene støttet videre arbeid i henhold til konseptforslaget.

Etter den eksterne høringen vil endelig forslag oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Ved en eventuell godkjenning fra Helse- og omsorgsdepartementet foreslås det at ett HF får det overordnede ansvaret for å pilotere ambulant spesialisthelseteam i 2-3 avgrensede geografiske områder. Videre prosess gjøres i samarbeid med RHF-ene.

Det foreslås at tjenesten piloteres og evalueres før den eventuelt breddes ut nasjonalt. Etter pilotering bør det vurderes hvorvidt løsningen skal organiseres nasjonalt, regionalt eller fler-regionalt.





Om den nasjonale strategien

Helsedirektoratet mottok i 2020 et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utvikle en overordnet strategi for helhetlig og planmessig utvikling av arbeidet rettet mot personer som utøver vold og overgrep. *Nasjonal strategi for helsesektorens arbeid med personer som utøver vold eller overgrep* var klar i 2022 (Helsedirektoratet, 2022).

Målet med strategien er å forebygge og redusere utøvelse av vold og seksuelle overgrep i den norske befolkningen, med økt oppmerksomhet på de som utøver vold og seksualisert vold.

En gjennomgang av norsk forskning på tiltak mot vold og overgrep avdekket et manglende fokus på tiltak rettet mot voldsutøvere, samt lite forskning på effektive metoder for kompetanseheving blant personer som kommer i kontakt med denne gruppen (FHI, 2020). Kunnskap, tidlig innsats, samt målrettet forebyggende oppfølging og behandling er avgjørende for å redusere utøvelse av vold og overgrep.

Arbeidet med den nasjonale strategien er avgrenset til å gjelde for barn og unge f.o.m. 2023.

Basert på forarbeidet fra NKVTS (2020) og innspill som ble innhentet fra eksterne aktører, peker strategien på fire overordnede mål:

1. Likeverdig og tilgjengelig behandlings- og oppfølgingstilbud
2. Utøver skal bli vurdert for rett til helsehjelp
3. Styrking av bruker- og pårørendemedvirkning
4. Felles faglig rammeverk for forebygging av vold og overgrep.

Ambulant spesialisthelseteam har til hensikt å bidra til å svare ut målområde 1. Målområde 4 jobbes med gjennom tiltaket *Styrke eksisterende tjenester*, og målområde 3 jobbes med gjennom tiltakene *Effekt- og implementeringsforskningen* og *Kvalitetsregister*.

Tiltaket ***Styrke eksisterende tjenester*** vil sendes på en egen ekstern høring, og handler om å tilgjengeliggjøre kunnskap, metoder og verktøy som kan brukes i arbeidet med barn og unge i risiko for å skade andre, på tvers av sektorer. Tiltaket inkluderer blant annet kompetansehevende tiltak til tjenester rundt barn og unge. Målet er å skape en felles forståelse og retning for hvordan tjenestene kan identifisere, vurdere, følge opp og evaluere tiltak til barn og unge i risiko for å skade andre. Arbeidet er sektorovergripende, og det tverrsektorielle arbeidet med tiltaket vil fortsette i 2025.

Målområde 2 innebærer å tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens ansvar overfor personer som utøver vold og overgrep. Det vurderes mulige endringer i prioriteringsveiledere, poliklinikkforskriften og folketrygdloven for å sikre finansiering knyttet til egenandel og refusjon.



FELLES FAGLIG RAMMEVERK

Barn og unge (2-18) som er i risiko for å skade andre

- Reaktive tiltak, vil ikke ariere nensynla de bakenforliggende årsakene til at unge starter med kriminalitet

Effekt- og implementeringsforskning parallelt med pilotering og implementering og evt. etablere kvalitetsregister.

Treffer
få



AMBULANT SPESIALISTHELSETEAM

Barn og unge (10-18) med høy risiko for å skade andre

Vi skal ha **spesialiserte hjelpetiltak** for barn og unge med høy risiko for å utøve vold og overgrep, fordi kunnskapen på feltet tilsier at:

- Intensive hjelpetiltak er svært virkningsfulle for unge med høy risiko for ny/gjentagende utøvelse
- Det mangler kompetanse til å håndtere de med høy risiko i eksisterende tjenester rundt barn og unge

Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

Basert på innspillsrunder og dialog med tjenestene oppfatter Helsedirektoratet at det er bred faglig enighet om at det vil være behov for å *både* styrke de eksisterende tjenestene *og* pilotere et spesialisert behandlingstilbud til unge med høy risiko. Dette for å skape et helhetlig oppfølgings- og behandlingstilbud til barn og unge i risiko for å skade andre.

I dette dokumentet redegjøres det for å pilotere et spesialisert tilbud til unge med *høy* risiko for å skade andre. Tiltaket *styrke de eksisterende tjenestene*, som omtales innledningsvis under *Om den nasjonale strategien*, vil sendes på en egen ekstern høring senere.

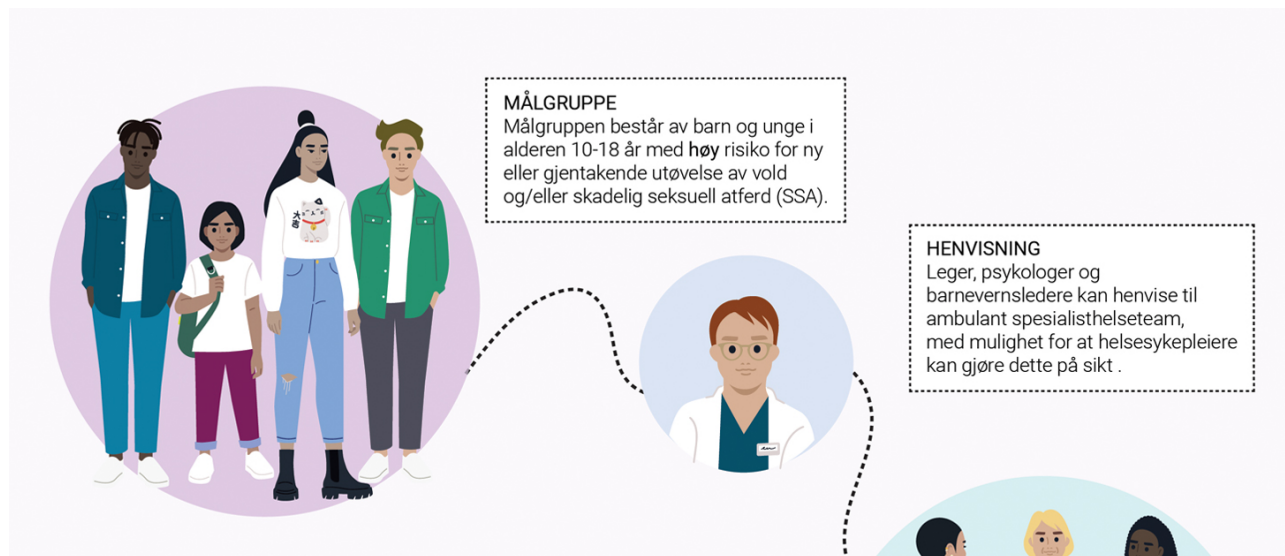
Det anbefales å pilotere et ambulant spesialisthelseteam med fagspesifikk kompetanse på å utrede og håndtere barn og unge med høy risiko for å skade andre. Dette for å teste ut om tilbudet kan bidra til et likeverdig og tilgjengelig behandlingstilbud for barn og unge med høy risiko for å skade andre, uavhengig av bosted. Tjenesten kan på sikt dekke hele landet og være et knutepunkt for ekspertise innen fagfeltet. Ved å samle kompetansen kan tjenesten bidra til et solid fagmiljø med tilstrekkelig støtte og ressurser for kontinuerlig utvikling og kompetanseheving.

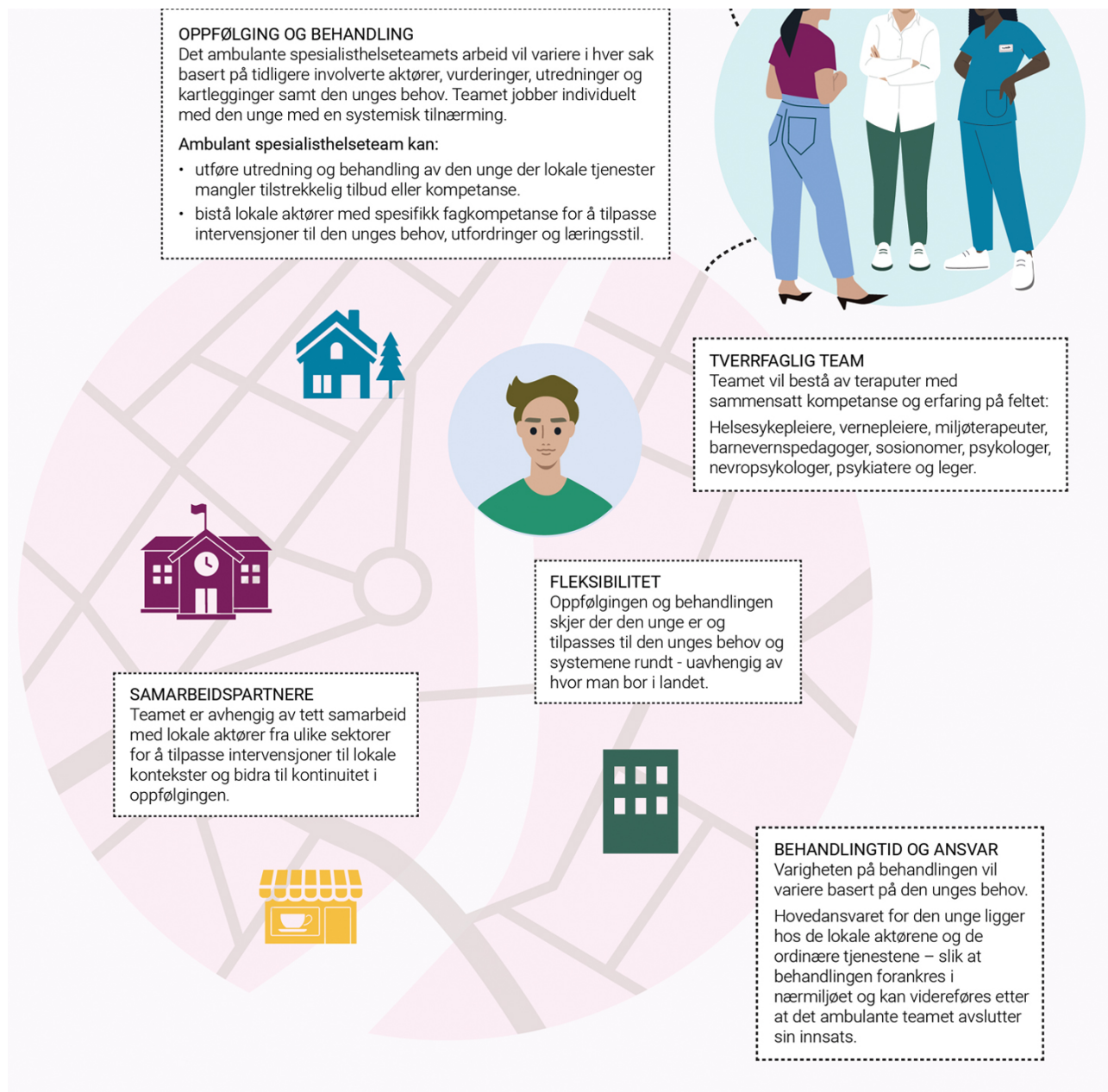
Ambulant spesialisthelseteam har et todelt formål:

- a) å forebygge at vold eller skadelig seksuell atferd (SSA) reduseres eller ikke skjer igjen, og
- b) bistå unge med å oppnå egne livsmål på måter som ikke skader andre.

Ambulant spesialisthelseteam har til hensikt å være et fleksibelt, tverrfaglig og fagspesifikt tilbud som jobber med både systemene rundt og den unge for å redusere risikoen for utøvelse av vold og SSA. Tilbudet tilpasses lokale ressurser og behov, der målet er å tilby behandling lokalt der den unge oppholder seg. Teamet reiser ut til den unge og deres familier og kan utføre både direkte pasientbehandling og veiledning av lokale tjenester i enkeltsaker. Teamet bør bestå av fagpersoner med høy kompetanse på håndtering av risikoatferd. Tjenesten er avhengig av tett samarbeid med lokale tjenester, og at tilbudet er godt forankret lokalt.

Ambulant spesialisthelseteam foreslås som ett av flere tiltak som kan bidra til å møte de komplekse behovene til barn og unge med høy risiko for å skade andre.





Hovedaktører og roller

De ordinære tjenestene vil være hovedaktørene i oppfølgingen. Ambulant spesialisthelseteam 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 spesialisthelseteamet prioritere å gå inn mer aktivt.

Ordinære tjenester til barn og unge i ulike sektorer er f.eks.:

- Kommunale helse- og omsorgstjenester til barn, unge og familier
- Spesialisthelsetjenester til barn og unge
- Kommunalt og statlig barnevern (Bufetat)
- Skole
- Barnehage
- Skolefritidsordningen

- Kriminalomsorgen, herunder ungdomsenhetene og konfliktrådet
- Politiet, herunder bla. Statens barnehus og forebyggende enhet
- Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT/PPA)
- Organiserte fritidstilbud
- NAV

Ambulant spesialisthelseteam sitt ansvar

Hovedansvaret for den unge ligger fortsatt hos de generelle tjenestene, og ambulant spesialisthelseteam overtar ikke det formelle ansvaret for den unge. Dette for å forankre oppfølgingen og behandlingen i den unges nærmiljø og bidra til stabilitet og kontinuitet også etter endt behandling i ambulant spesialisthelseteam.

Det ambulante teamet kan bistå de ordinære tjenestene lokalt med sin spesifikke fagkompetanse gjennom råd og veiledning i utredning og behandling. Teamet kan også gjennomføre utredning og behandling av barnet dersom lokal ordinær tjeneste mangler tilstrekkelig tilbud/kompetanse. Se mer under 1.3. Funksjoner.

Spesialisthelsetjenesten sitt ansvar

Spesialisthelsetjenesten har særlig kompetanse på utredning og behandling av tilstander som påvirker barns og unges mottakelighet for risikoreduserende og styrkefremmende intervensjoner som traumelidelser, psykoselidelser og kognitiv funksjonsnedsettelse. Også håndtering av rusmiddelproblematikk og atferdsforstyrrelser, som er kjente risikofaktorer for voldelig atferd og SSA, er områder spesialisthelsetjenesten har særlig kompetanse på.

Barn og unge kan få tilgang til spesialiserte behandlingstilbud basert på kliniske tilstandsbilder eller diagnoser som i seg selv gir rett til nødvendig helsehjelp, samtidig som de har vist nylig, høy eller eskalerende voldsutøvelse og SSA.

Et helhetlig pasientforløp, som kombinerer utredning og behandling av tilstander knyttet til mottakelighet og en strukturert klinisk vurdering av risiko- og beskyttelsesfaktorer, vil ha en større forebyggende effekt på voldelig atferd og SSA. Dette tilnærmingen gir et mer sammenhengende behandlingsforløp for den unge.

Dersom spesialisthelsetjenesten allerede gjennomfører utredning og behandling for en ung person som tas inn i ambulant spesialisthelseteam, beholder de hovedansvaret for gjennomføringen av dette.

Kommunens ansvar

Kommunale tjenester er hovedaktøren i oppfølgingen av barn og unge med høy risiko for å skade andre. Dette gjelder særlig der det er milde til moderate psykiske vansker, kognitiv funksjonsnedsettelse, eller livskontekster preget av lavere foreldrekapasitet, levekårsutfordringer (som fattigdom og utenforskap), minoritetsstress eller utrygge barnehage- eller skolemiljøer.

For å gi best mulig hjelp til de unge og deres familier, bør utredninger, tiltak og evalueringer skje samtidig og i tett samarbeid med kommunale tjenester.

Tverrsektorielt samarbeid med eksisterende tjenester

Utøvelse av vold og/eller SSA hos barn og unge er ofte et symptom på at flere deler av systemet rundt dem ikke fungerer hensiktsmessig. Atferden er et resultat av et komplekst samspill mellom individuelle, sosiale, og miljømessige faktorer. Utøvelse av vold og/eller SSA kan være et tegn på underliggende psykiske helseproblemer, kognitive funksjonsnedsettelser eller nedsatt evne til å forstå og delta i sosial samhandling (Bambauer og Connor, 2005; Connor og McLaughlin, 2006; Zhang et al., 2011; Davies & Oliver, 2016; Kanne & Mazurek, 2011; Billstedt et al., 2017), men det kan også være et resultat av utfordringer i familien, skolen, lokalsamfunnet, eller andre miljøer den unge er en del av (FHI, 2020; Fox et al., 2015).

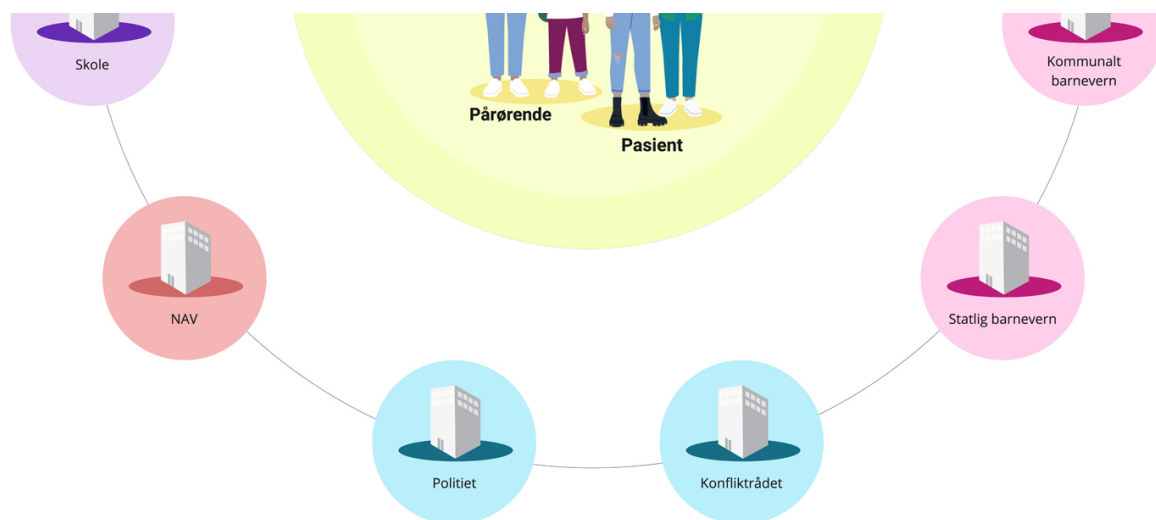
Det finnes en rekke virkningsfulle tiltak som er relevante i oppfølgingen av barn og unge med høy risiko for å skade andre, se mer info om disse under *4.4. Alternativ 1*. Det vurderes ikke at disse tjenestene dekker det samme behovet som ambulant spesialisthelseteam har til hensikt å dekke, men det vil være avgjørende at tjenestene samarbeider tett for å komplettere hverandre og bidra til helhetlig oppfølging.

Ambulant spesialisthelseteam vil ha en fagspesifikk kompetanse og kunne tilby tilpasset helsehjelp til barn og unge med høy risiko for å skade andre. Teamet kan spille en avgjørende rolle ved å komplettere øvrige tiltak med nødvendig helsefaglig oppfølging.

Isolerte tiltak fra helsesektoren alene vil ikke være tilstrekkelig, og det er behov for en felles forståelse og et systematisk samarbeid mellom helse, utdanning, barnevern, justis, fritidsaktiviteter og andre relevante tjenester.

Mange av tiltakene for å redusere risikoen for utøvelse av vold og SSA ligger i andre sektorer. Å fullføre skolen er f.eks. en av de mest beskyttende faktorene for målgruppen (Lösel et al., 2012). Videre er det en rekke tiltak i både barnevern og helsesektoren kan bidra til å redusere atferdsproblemer hos unge og styrke familiefunksjonen. F.eks. bør FACT ung-team, MST og andre relevante tiltak til barn og unge være naturlige samarbeidspartnere der de finnes. Dialog med lokale team om hvorvidt lokale tiltak har vært prøvd, eller burde vært prøvd, bør inngå som en avsjekk innledningsvis ved inntak til ambulant spesialisthelseteam for å utnytte eksisterende lokale tiltak optimalt.





Funksjoner

Hva det ambulante spesialisthelseteamet gjør i hver enkelt sak vil variere og avhenger av hvilke tjenester som allerede er involvert og hvilke type vurderinger, utredninger og kartlegginger som har blitt gjort tidligere.

1. Direkte pasientbehandling:

- Utføre volds- og SSA kartlegging og vurdering for den enkelte unge og deres omsorgspersoner.
- Utarbeide risikohåndteringsplan sammen med lokale tjenester for å øke systematikken i det risikoreducerende arbeidet
- Helhetlig kartlegging (PHBU, HABU og TSB) av den unges behov og utfordringer.
- Tilby pasientbehandling der den unge er. Dette vil først og fremst være helserelatert behandling (PHBU/HABU/TSB) og voldsriskohåndtering på individnivå og systemnivå.

2. Veiledning og bistand:

- Gjennom omfattende utredning er det viktig å kunne tilby en systematikk i det risikoreducerende arbeidet som også er tilrettelagt i de ulike systemene eller lokalmiljøet til ungdommen.
- Bistå lokale tjenester i å tilpasse intervensjoner til den unges læringsstil, motivasjon, evner, samt styrke deres omsorgspersoner.
- Tilby kompetanseheving til lokale tjenester og omsorgspersoner ved behov.
- Tilby veiledning for å skape en balanse mellom sikkerhet og utviklingsfremmende tiltak.

3. Samarbeid og kommunikasjon:

- Delta i samarbeidsmøter og dialog med lokale tjenester.
- Bidra til regelmessig kommunikasjon og koordinering av intervensjoner.
- Bidra til å skape en felles forståelse av årsaken bak atferden, roller og ansvar.
- Foreslå å invitere inn relevante tjenester og initiere til tverrfaglige samarbeidskonstellasjoner, der det er behov.

4. Veiledning og konsultasjon:

- Tilby veiledning til de som kan henvise og andre spesialisthelsetjenester i landet.

Fleksibilitet

Behandlingstilbudet krever høy grad av fleksibilitet for å tilpasses:

- **Lokale og regionale ressurser:** Noen områder tilbyr tilpassede tjenester som er satt i system, mens andre av ulike årsaker mangler et tilstrekkelig tilbud.
- **Demografiske forskjeller:** Alder, kjønn og sosioøkonomisk status påvirker responsen på behandling.
- **Geografiske faktorer:** Barn og unge i mindre befolkningstette og/eller små kommuner kan ha begrenset tilgang til spesialiserte tilbud.
- **Kulturelle forskjeller:** Kulturelle normer og verdier må hensyntas, inkludert bruk av kulturelt tilpassede intervensjoner.

Gjennomføring

Pasientforløpet skal bidra til å gi målgruppen en helhetlig og koordinert tjeneste som tar hensyn til den enkeltes behov, allerede involverte tjenester og tidligere intervensjoner.

Pilotprosjektet bør ha særskilt finansiering for å kunne gjennomføres som planlagt, uten å gå på bekostning av eksisterende tjenester. Etter prosjektperioden kan midlene overføres til ordinære driftsbudsjett i ansvarlig HF.

Henvise

Leger, psykologer og barnevernsledere kan henvise til ambulant spesialisthelseteam (Helsedirektoratet, Henvisningsveileder).

Det bør også vurderes hvorvidt helsesykepleiere, konfliktrådet og eventuelt politiet bør ha en kobling til ambulant spesialisthelseteam og evt. mulighet for henvisning. Dette for å bidra til at barn og unge med høy risiko for å skade andre blir henvist til tilbudet.

Informasjon som bør innhentes før henvisning:

- Resultater fra forenklet kartlegging av risiko.
- Informasjon om psykisk og somatisk helse, utvikling og fungering.
- Informasjon om tidligere hendelser og/eller siktelsener innen vold og SSA.
- Årsak til henvisningen.
- Involverte tjenester rundt den unge og kontaktinformasjon.
- Gjennomførte og pågående tiltak/intervensjoner.

Ambulant spesialisthelseteam vil tilby konsultasjon til de som kan henvise, blant annet for henvisningsrelaterte spørsmål. Samtykke fra den unge og/eller omsorgspersoner innhentes før henvisning sendes iht. henvisningsveilederen.

Vurdere inntak

For å vurdere hvorvidt den unge bør gis rett til nødvendig helsehjelp bør noen kriterier vektlegges.

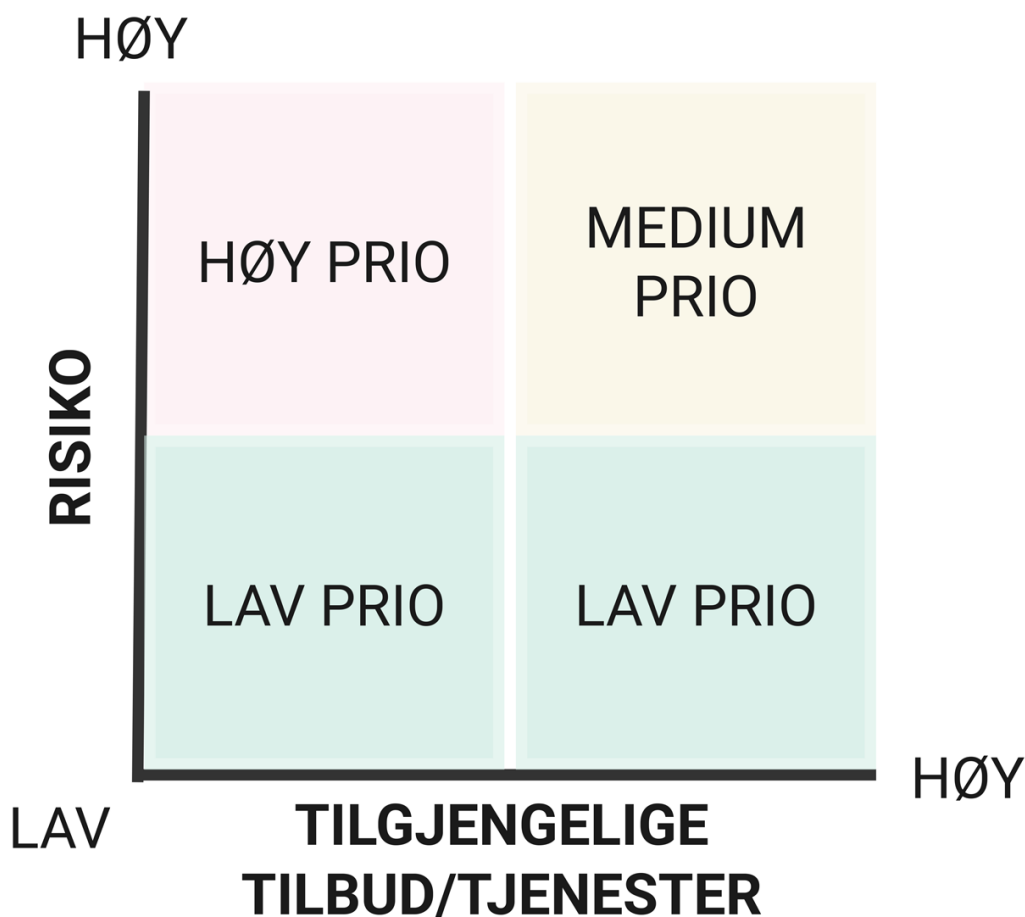
Prioriteringskriterier:

- Høy risiko for ny/gjentakende utøvelse av vold og/eller SSA
- Unge i alderen 10-15 år prioriteres, spesielt de med flere hendelser før fylte 15 år

- Lokale/regionale ressurser anses ikke tilstrekkelig for å redusere risiko

Eksklusjonskriterier:

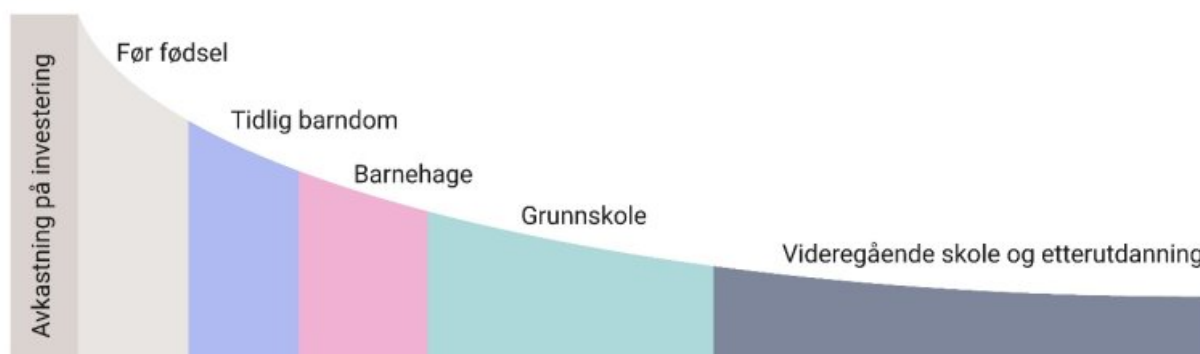
- Alvorlig psykisk lidelse eller psykose som krever spesialisert behandling innen PHBU (psykisk helsevern for barn og unge) med døgnopphold, sikkerhetspsykiatri for de under 18 år, eller psykoseteam i VOP (voksenpsykiatrisk poliklinikk) vil ikke være en del av målgruppen. I disse sakene vil enhetene ha mulighet for konsultasjon med ambulant spesialisthelseteam.
- Lav til moderat risiko som heller bør behandles i PHBU, HABU og i spesialiserte enheter for SSA-problematikk til unge og/eller spesialiserte enheter for utageringsproblematikk for unge. I disse sakene vil enhetene ha mulighet for konsultasjon med ambulant spesialisthelseteam.
- Dersom pasienten har tilgang til et tilsvarende tilbud lokalt/regionalt.



Tidlig intervensjon er sentralt for å forebygge eskalering av risiko og at den unge fortsetter med volden også inn i voksenalder. Behandlingen bør helst starte så tidlig som mulig, ideelt sett så snart en høy risiko er identifisert. Tidlig identifisering og intervensjon i de ordinære tjenestene ivaretas i tiltaket *styrke eksisterende tjenester* som omtales kort innledningsvis om den nasjonale strategien.

Ambulant spesialisthelseteam bør derfor prioritere inntak av barn og unge med høy risiko i aldersgruppen 10-15 år. Forskning på feltet viser at intervensjoner har størst effekt desto yngre personen

er (Heckman, 2008). WHO (2016) har også vært tydelige på at arbeidet med å forebygge voldsutøvelse er essensielt i arbeidet med å bekjempe vold, og at forebyggingen bør starte tidlig, og helst før atferden manifesterer seg.



Figur 2: Avkastning av hver krone investert i forebygging er størst for intervensjoner som gis i tidlig barneår, før de gradvis avtar med barnets økende alder (Heckman, 2008). Figur omgjort med norsk tekst.

Henvisninger skal rettighetsvurderes i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften innen 10 dager. Frist for pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, anbefales satt til 3 måneder på gruppenivå. Det må alltid gjøres individuelle vurderinger og alvorligheten kan tilsi en kortere frist.

Kartlegge og vurdere

For unge som får rett til helsehjelp i ambulant spesialisthelseteam, skal det gjennomføres en helhetlig kartlegging og vurdering av utfordringer og behov knyttet til risiko og utvikling. Vurderingen bestemmer nødvendige intervensjoner og nivået de skal gis på, med fokus på den unges beskyttelsesfaktorer fra et styrkebasert perspektiv. Fokuset bør være på å identifisere og bygge videre på den unges styrker og ressurser. Dette fremmer positiv utvikling og øker den unges mestringsfølelse og selvtillit, noe som igjen kan redusere risikoen for utøvelse av vold og SSA. Kartleggingen resulterer i en risikohåndteringsplan som bør forplikte både spesialisthelseteamet og lokale tjenester. Planen bør være klar innen fem uker etter behandlingsstart.

Bruk av kunnskapsbaserte prinsipper og metoder

Grad av risiko for utøvelse påvirker behovet for oppfølging. Jo høyere risiko, jo høyere intensitet i behandlingen. Behandlingen må rettes mot de viktigste påvirkbare risikofaktorene og beskyttelsesfaktorene hos den enkelte ungdommen og systemene rundt denne. Det er også behov for å tilpasse behandlingen til den ungdommens forutsetninger for å nyttiggjøre seg behandling. Dette er i tråd med Risiko-Behov-Mottagelighetsprinsippene, som er en godt dokumentert modell for kriminalitetsforebygging (Andrews & Bonta, 2020).

Grad av risiko vurderes basert på en strukturert faglig vurdering av ungdommens risiko- og beskyttelsesfaktorer (Helsedirektoratet, 2018). I tillegg bør ungdommens sårbarhet vurderes, som sier noe om hvor mottakelige de er for påvirkning av disse faktorene. Sammen kan dette gi et helhetlig bilde av risikoen for negativ utvikling. Ungdommens forutsetninger for å nyttiggjøre seg behandling må også kartlegges og vurderes. Dette omfatter motivasjon, læringsstil og personlig væremåte, samt omgivelsenes kapasitet til å støtte opp under behandling.

Strukturert faglig vurdering (også kalt klinisk og profesjonell vurdering) innebærer bruk av risikovurderingsverktøy med anvisninger for hvilke kunnskapsbaserte faktorer som bør utredes, på hvilken

måte dette skjer, og hvilke tiltak som kan redusere risiko. Metoden innebærer å utrede individspesifikke risikofaktorer, kartlegge i hvilke sammenhenger en person vil kunne utgjøre en risiko, og foreslå hvilke strategier som er nødvendige for at risikoen blir lavest mulig.

Utfallet av vurderingen baseres på en samlet faglig vurdering. Metoden forutsetter at også andre individspesifikke risikofaktorer som ikke omfattes i det aktuelle voldsrisikoverktøyet blir vurdert, og utgjør dermed en helhetlig tilnærming ved vurdering og iverksetting av tiltak for å redusere voldsrisiko. I strukturert faglig vurdering utformes det risikoformuleringer, risikoscenarier, og risikohåndteringsstrategier, i stedet for en tallfestet angivelse av voldsrisiko.

Forståelse av atferd

SSA og voldelig atferd er atferdsuttrykk som ofte er knyttet til underliggende tilstander og diagnoser som reguleringsvansker, emosjonelle, relasjonelle og sosiokognitive vansker (Hackett et al., 2016; Connor et al., 2019). Det bør gjøres en helhetlig vurdering av individuelle, familiebaserte, sosiale og strukturelle forhold rundt den unge. Dette inkluderer psykiske vansker, rusmiddelproblemer, sosioøkonomiske utfordringer og omsorgssituasjon.

Risikofaktorer varierer med alder. For yngre barn er omsorgssituasjonen ofte sentral, mens skole og jevnaldrende blir mer betydningsfulle i ungdomsårene. Hos eldre barn (12+), øker spesifikke risikofaktorer som rus, gjengmiljø og kriminalitet.

Atferden må også sees i sammenheng med omgivelsenes påvirkning. Dette inkluderer manglende utviklingsstøtte, svak foreldrekapasitet, omsorgssvikt, levekårsutfordringer, minoritetsstress eller utrygt miljø i barnehage eller skole (Krug et al., 2002; Jensen, 2023).

Utvikle risikohåndteringsplan

I strukturert faglig vurdering av risiko utformes det en risikohåndteringsplan som inkluderer risikoformuleringer, risikoscenarier, og risikohåndteringsstrategier. Dette er sentralt i risikoreduserende arbeid. Hva det er risiko for, hvem som er i risiko for å utsettes, i hvilke situasjoner og under hvilke betingelser det er risiko, vil gi den unge selv, deres omsorgspersoner og tjenestene rundt kunnskap og innsikt i hvor innsatsen må rettes. Parallelt med risikoreduserende arbeid, må den unges utviklingsbehov følges opp med nødvendige innsatser.

Intervenere

Intensiteten i tiltakene (antall, varighet og hyppighet) må tilpasses den unges risikonivå, og rette seg mot de risikofaktorene som kan påvirkes. De må også tilpasses barnets forutsetninger (mottagelighet) for å kunne dra nytte av tiltakene (Andrews & Bonta, 2010). Det er viktig å styrke barn og unges motivasjon og sosiale utvikling og fungering, samt legge til rette for tilgang til støttende nettverk, skole, arbeid og fritidsaktiviteter. Dette krever fleksible tjenester som kan arbeide med den unge på ulike arenaer og i tett samarbeid med de systemene som omgir dem.

Varigheten på en behandling vil variere ut ifra behov. Erfaringer fra GYFS i Australia viser at det for noen henvendelser kun var behov for kort bistand i forbindelse med tiltak som allerede var effektivt, og 6 måneder var da ofte tilstrekkelig. Enkelte hadde imidlertid behov for intervensjoner i opptil 3 år.

Effektive intervensjoner

Multisystemisk metode, arenaorienterte- og foreldrerettede tiltak har best kunnskapsgrunnlag for å håndtere voldelig atferd og/eller SSA, også i norsk kontekst (FHI, 2020; Bjørknes et al., 2024; Ogden, 2010). Tiltakene må tilpasses den unges læringsstil, motivasjon og personlige væremåte (mottakelighet),

alder og utviklingsnivå, samt sosiokulturelle forhold som språk, flerkulturell bakgrunn og minoritetsidentitet. Omsorgspersoners behov og forutsetninger bør også vurderes.

Lokale intervensjoner

Intervensjonene bør foregå lokalt, der den unge og deres omsorgspersoner oppholder seg til daglig. Gjennomføring av intervensjoner og behandling lokalt reduserer barrierene for tilgang, øker sannsynlighet for oppmøte og engasjementet i gjennomføringen, og kan øke sannsynligheten for gode behandlingsresultater. Det skaper også en mer sømløs integrasjon av aktiviteter i den unges hverdag og kan foregå i et kjent og trygt miljø, noe som øker følelsen av trygghet og tilhørighet (Mulder et al., 2017; WHO, 2021).

Samordning og samarbeid med andre sektorer og lokale tjenester er avgjørende. Lokale tjenester bør støtte behandlingsplanen, ha egne roller og ansvar overfor den unge og deres omsorgspersoner. Dette kan inkludere samarbeid med f.eks. kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten, barnevern, skole, psykologisk-pedagogisk tjeneste (PPT/PPA), familievern, fritidsklubber, konfliktrådet, politiet og NAV.

Psykososiale intervensjoner

Aggresjon og vold er ofte symptomer på underliggende psykiske og nevrologiske lidelser (Bambauer og Connor, 2005; Connor og McLaughlin, 2006;). Evidensbaserte psykososiale intervensjoner for behandling av SSA og voldelig atferd bør inkorporeres i en helhetlig behandlingsplan gjennom alle faser av behandlingen (Pappadopulos et al. 2003; Connor et al., 2006).

Det finnes en rekke evidensbaserte psykososiale intervensjoner (FHI, 2020; FHI, 2023; Lösel et al., 2012; Ogden, 2010):

- Familiebaserte intervensjoner: Empirisk støttede metoder som styrker familiens evne til å støtte den unge.
- Pasientorienterte teknikker: Sosiale ferdigheter, visuelle og auditive intervensjoner for de med begrenset språk, og konfliktløsningstrening.
- Foreldreopplæring: Forsterkende positive interaksjoner og forbedring av disiplinstrategier.
- Læreropplæring som f.eks. klasseromsledelsesstrategier.
- Programmer rettet mot kjerneunderskudd: Fokuserer på spesifikke utfordringer som språkproblemer, læringsvansker og sosiale ferdigheter.

Styrke de lokale tjenestene

Det ambulante spesialisthelseteamet har et særlig ansvar for å veilede og styrke de lokale tjenestene rundt den unge og deres omsorgspersoner i planleggingen og gjennomføringen av intervensjoner. Teamet skal være et fagspesifikt kompetansemiljø og en samarbeidspartner med tilgjengelig støtte for de lokale tjenestene gjennom hele pasientforløpet.

Avslutte

Ved avslutning av behandlingsforløpet skal det vurderes om behandlingsmålene er nådd og om risikoen for ny eller gjentakende vold og/eller SSA er redusert.

Det bør foreligge en konkret plan for hvordan lokale tjenester skal fortsette oppfølgingen etter endt behandling, der planen inneholder klare roller og ansvar for den videre oppfølgingen. Lokale tjenester bør være med i utarbeidelsen av planen.

Ambulant spesialisthelseteam bør være tilgjengelig for sparring og veiledning også etter behandlingen avsluttes. Dersom atferden eskalerer etter endt behandling bør form og intensitet i intervensjoner justeres i regi av lokale tjenester, med bistand og veiledning fra ambulant spesialisthelseteam ved behov.

Evaluere

Evaluerings av tjenesten bør gjøres jevnlig på ulike nivåer for å sikre at den er effektiv og tilpasset behovene på både individ- og gruppenivå. Dette inkluderer også evaluering av samarbeidet mellom ambulant spesialisthelseteam og lokale tjenester, samt mellom de ulike lokale tjenestene. Det bør særlig vektlegges å evaluere tilfredsheten blant brukere og pårørende av tjenesten.

Det anbefales at det avsettes egne ressurser til å jobbe med måling og evaluering av tjenesten.

Individnivå

På individnivå er det ønskelig å samle data over tid for å følge den unges utvikling også etter endt behandling. Dette kan f.eks. gjøres ved hjelp av samtykkebaserte longitudinelle data på anmeldelser, lovbrudd og selvrapportering av livskvalitet for barn og unge som har mottatt hjelp fra tilbudet. Videre er også følgende elementer interessant å måle:

- Reduksjon av Risiko: Vurdere om behandlingstilbudet og intervensjonene har bidratt til å redusere risikoen for vold og/eller SSA.
- Forbedring av Livskvalitet: Vurdere om behandlingen har forbedret den unges livskvalitet og mestringsevne.
- Brukertilfredshet: Evaluere brukertilfredsheten gjennom tilbakemeldingsverktøy fra brukere og pårørende.

Gruppenivå

- Analyse av behandlingstilbudet: Analysere hvordan tilbudet og ulike intervensjoner påvirker risiko og livskvalitet for hele gruppen.
- Identifisering av sammenhenger: Identifisere sammenhenger og trender som ikke nødvendigvis er synlige på individnivå.
- Standardisering: Standardisere behandling basert på gruppens behov og resultater.

Tilbudets fungering

- Ressurstildeling: Vurdere ressursbruk per sak og bruk av ressurser til konsultasjoner og veiledning for de ulike geografiske områdene
- Tilfredshet blant personell: Vurdere hvorvidt personellet i tilbudet er tilfreds med arbeidsmodellen, den faglige støtten de får og arbeidsbelastningen.
- Utskiftning av personell
- Antall henvisninger og avslag fra ulike geografiske områder

Det utredes parallelt muligheten for å etablere et kvalitetsregister som samler data om tiltakene til målgruppene. Det foreslås også at det gjennomføres effekt- og implementeringsforskning parallelt med piloteringen. Se mer info innledningsvis under "Øvrige tiltak som også anbefales".

Erfaringer internasjonalt

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fikk i 2017 i oppdrag å kartlegge behandlingstilbudet til barn som er utsatt for vold og seksuelle overgrep. Her har de blant annet sett på tilbudet i de nordiske landene og Storbritannia. Ingen av landene som inngikk i undersøkelsen hadde lyktes med å etablere offentlige landsdekkende strukturer for å sikre likeverdig behandling til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd (NKVTS, 2017).

Det har siden denne kartleggingen blitt jobbet videre med SSA-tilbudet i Norge.

Helsedirektoratet er imidlertid ikke kjent med at det finnes et landsdekkende og likeverdig tilbud til barn og unge med høy risiko for å utøve SSA og/eller vold i Norge, heller ikke i resten av Europa.

I Queensland, Australia, som har et folketall tilsvarende Norge og et enda større geografisk område, har Griffith Youth Forensic Service (GYFS), i over 20 år jobbet etter en lignende modell som den Helsedirektoratet foreslår. Erfaringene fra Queensland viser at det er mulig å samle kompetansen på ett sted og samtidig opprettholde et tett samarbeid med lokale tjenester som står for store deler av intervensjonene til den unge. Erfaringene viser også at det har vært avgjørende å samle fagspesifikk kompetanse ett sted for å ivareta stabilitet for tilbudet, samt for å ivareta terapeutene i teamet.

Den australske modellen bygger på de samme grunnprinsippene som Helsedirektoratets anbefalte tilnærming. Barn og unge med høy risiko og som bor i områder der det mangler kompetanse lokalt, blir prioritert. Ved å sentralisere fagspesifikk kompetanse og kombinere dette med lokal innsats gjennom ambulant virksomhet, har GYFS oppnådd betydelige resultater. Hele 70 % av de som mottar behandling utøver ikke ny skadelig seksuell atferd etter avsluttet behandling.

Sakene i Queensland varierer i kompleksitet, noe som gjenspeiles i behandlingsslengden. Noen har hatt behov for intensiv behandling i 6 måneder, mens andre i opptil 3 år. Dette viser fleksibiliteten og tilpasningsevnen i modellen, som gjør det mulig å møte ulike behov på en effektiv måte.

Personell og rekruttering

Det er behov for å ansette fagpersonell med riktig kompetanse i det ambulante spesialisthelseteamet. For en pilotperiode der tilbudet skal kunne tilbyr til ca. 40 barn og unge årlig, tilsvarende 10 prosent av den totale målgruppen, vil dette kreve 5 terapeuter. I tillegg vil det være behov for en leder, en lege og en psykiater med erfaring fra somatikk i halv stilling hver, samt en nevropsykolog. Totalt utgjør dette 9 årsverk.

Dersom tilbudet skal breddes til å gjelde for hele landet vil det være behov for ca. 50 terapeuter for å tilby behandling til ca. 400 barn og unge årlig. Også her vil det være behov for en leder samt noen stillinger til leger, psykiatere og nevropsykologer.

Rekruttering av terapeuter bør rette seg mot fagpersonell innen ulike sektorer som har solid bakgrunn i relevant utdanning og klinisk erfaring. Terapeutene bør også ha erfaring med personer med lavere sosioøkonomisk status og erfaring fra ulike kulturelle og kontekstuelle strukturer. Videre bør terapeutene blant annet ha ulik kompetanse og erfaring innen volds- og risikoutredning, basisutredning i PHBU og HABU, vold og SSA, komplekse traumer, psykiske lidelser, nevroutviklingsforstyrrelser, sosiale utfordringer, multisystemisk terapi, familiearbeid, miljøterapi, rusbehandling, minoritetsarbeid, pedagogikk og somatikk.

Eksempler på aktuelle fagpersoner som terapeuter inkluderer sykepleiere, helsesykepleiere, vernepleiere, barnevernspedagoger, miljøterapeuter og sosionomer. I tillegg til terapeutene vil det som nevnt også være behov for psykologer, nevropsykologer, psykiatere, leger, administrativt ansatte, ansatte til forskning og evaluering, samt ledere.

Personlig egnethet og erfaring bør vektlegges: fleksibilitet, struktur og gode samarbeidsevner. Også god kjennskap til kommunale tjenester bør vektlegges.

Mangel på helsepersonell

I lys av helsepersonellmangelen er det viktig at nye tiltak ikke bare adresserer de spesifikke behandlingsbehovene for målgruppen, men også tar hensyn til utfordringene knyttet til ressurstilgang. Ambulant spesialisthelseteam har til hensikt å være et tilbud som skal bidra til å optimalisere arbeidet som gjøres i møte med barn og unge med høy risiko for å skade andre.

Dette er en gruppe som krever mye ressurser fra mange tjenester i ulike sektorer i dag. Ved å tilby fagspesifikk støtte og veiledning til lokale tjenester kan ambulant spesialisthelseteam bidra til å redusere ressursbruken lokalt ved at tjenestene jobber mer systematisk og kunnskapsbasert. Teamet kan også bidra til å avlaste presset på øvrig spesialisthelsetjeneste.

Samlet kan det redusere behovet for å trekke på allerede overbelastede ressurser både i helsetjenesten og øvrige tjenester.

Etablering og tidsplan

Det foreslås at ett helseforetak (HF) får ansvar for å pilotere ambulant spesialisthelseteam i 2-3 geografisk avgrensede områder.

Helsedirektoratet foreslår å pilotere behandlingstilbudet i to år først, før det vurderes om tjenesten skal videreføres i en femårig prosjektperiode og breddes nasjonalt. Etter en eventuell prosjektperiode bør tilbudet overføres til ordinære tjenester. Denne tilnærmingen vil gjøre det mulig å evaluere tjenestens effekt og potensial til å redusere vold og skadelig seksuell atferd (SSA) blant unge med høy risiko. En gradvis implementering gjør det også mulig å identifisere eventuelle utfordringer og behov for justeringer fortløpende, og vil samtidig gi tid til å bygge opp kompetansen på feltet.

Det anbefales å gjennomføre en effekt- og implementeringsforskning for å kontinuerlig evaluere og forbedre ambulant spesialisthelseteam. Se *2.5.6 Evaluere* for mer informasjon.

2025: Planlegge og etablere pilotering

Å pilotere en løsning innebærer å teste den i et begrenset omfang før en fullstendig implementering. Planleggingen av piloteringen innebærer blant annet:

- Beslutte hvilket helseforetak som skal drifte behandlingstilbudet
- Sette spesifikke, målbare mål som bør evalueres underveis
- Bestemme i hvilke områder piloten skal gjennomføres i
- Utvikle en pilotplan som beskriver hva som skal gjøres, hvem som er ansvarlige og ressursbehovet. Her bør det også fremkomme detaljer om hvordan data skal samles inn og analyseres.
- Rekruttere personell som skal jobbe i tilbudet

- Bygge opp strukturer for å øke og opprettholde kompetansen til ansatte i tilbudet, herunder også strukturer for samarbeid internt i teamet, samt veiledningsstrukturer i aktuelle behandlinger og kvalitetssikringsstrukturer.
- Involvere, informere og forankre mål og forventninger i både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten i pilotområdene.
- Planlegge for nødvendig opplæring til ansatte i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten i pilotområdene. Dette gjøres som en del av tiltaket *styrke eksisterende tjenester* og vil ikke utføres av ambulant spesialisthelseteam, men av relevante kompetansemiljøer.

Personellet i behandlingstilbudet blir ansatt i det HF-et som får ansvar for løsningen.

2026 og 2027: Pilotering

Pilotere ambulant spesialisthelseteam i 2-3 avgrensede geografiske områder. Minst ett av de geografiske områdene bør være i tilknytning til det HF-et som får ansvar for arbeidet. De geografiske områdene bør være ulike i form av blant annet demografi, geografisk spredning, variasjon i tilgang til lokale ressurser og kulturelle ulikheter. Løsningen bør fortløpende evalueres og justeres underveis. Dette for å bedre forstå hvordan løsningen fungerer under ulike forhold og dermed optimalisere før en eventuell bredding.

2028-2032: Bredder løsningen til øvrige områder (prosjektperiode)

Etter pilotperioden bør det vurderes hvorvidt tilbudet skal breddes ut nasjonalt i en prosjektperiode. Det bør da også vurderes om tjenesten skal organiseres som nasjonal, regional eller fler-regional. Det bør også vurderes om tjenesten skal stå som et eget tilbud, eller om det skal integreres som en del av et annet tilbud. Det er imidlertid viktig at tjenesten forblir en fagspesifikk enhet som samler kompetansen og bidrar til et robust fagmiljø på feltet.

Vurderingene bør gjøres av ansvarlig HF, RHF-ene og øvrige HF-er. Helsedirektoratet bør også delta i vurderingene.

Formålet med prosjektperioden på fem år etter piloteringen er å implementere tjenesten nasjonalt. Fokuset vil være på å videreutvikle og optimalisere tjenesten basert på erfaringer og data samlet inn fra pilotperioden. Dette for å bidra til at løsningen fungerer effektivt i ulike kontekster og miljøer, å at det etableres robuste prosesser og prosedyrer for å oppnå en bærekraftig integrasjon i eksisterende systemer og strukturer.

2033: Løsningen overføres som ordinær helsetjeneste

Etter prosjektperioden bør tjenesten overføres til ordinære helsetjenester. Det er viktig å sikre at all relevant kunnskap og kompetanse som er utviklet under prosjektet blir overført til de permanente strukturene. Det er også viktig å videreføre og eventuelt implementere systemer for kontinuerlig kvalitetssikring og evaluering.

Målsetning

Det ambulante spesialiserte behandlingstilbudet har ulike mål på ulike nivåer. Det foreslås å gjennomføre effekt- og implementeringsforskning som over tid måler endringer for de ulike målområdene.

Samfunns mål

Samfunnsmålet er å redusere forekomsten av vold og overgrep blant barn og unge, gjennom økt støtte og oppmerksomhet til unge som utøver vold og overgrep.

Tiltaket skal bidra til en målbar reduksjon i antall alvorlige volds- og overgrepshendelser blant barn og unge i Norge. Gruppen utgjør et fåtall (5-10%) av de som begår kriminalitet, men står for en betydelig andel av de mest alvorlige tilfellene. Unge i denne gruppen har en høy risiko for å fortsette en kriminell løpebane inn i voksen alder.

Ved å redusere forekomsten av alvorlig vold blant barn og unge, reduseres ikke bare kriminaliteten i samfunnet, men også det langsiktige produksjonstapet, samt helsemessige og sosiale konsekvensene som vold kan medføre for de som utøver, de som utsettes og deres pårørende.

Resultat mål

Resultatmålet er at det skal piloteres et kunnskapsbasert og tilpasset behandlings- og oppfølgingstilbud til barn og unge med høy risiko for å skade andre.

Det foreslås at piloteringen tilbyr helsehjelp til 10 prosent av den totale målgruppen og utformes slik at det på sikt kan utvides til å være et likeverdig tilbud for hele målgruppen. Dette innebærer at alle i målgruppen, uansett bosted, kulturell bakgrunn eller ressurstilgang, skal kunne motta et helsetilbud som er tilpasset deres behov.

Effekt mål

Effektmålene beskriver virkningene vi ønsker at tilbudet bidrar til for målgruppen, barn og unge med høy risiko for å skade andre.

- **Redusere overdødelighet blant barn og unge med høy risiko for å skade andre.** Det er en høyere risiko for overdødelighet blant unge som utøver vold. Noen studier viser at jenter har opptil 25 ganger høyere overdødelighet, og gutter opptil 11 ganger høyere overdødelighet - før fylte 28-35 år (BRÅ, 2021). Årsaker til død er blant annet rusmiddelproblemer, ulykker, utsatt for dødelig vold og selvmord.
- **Redusere psykiske lidelser blant barn og unge med høy risiko for å skade andre.** Langsiktig forbedring av psykisk helse og livskvalitet blant personer som utøver vold. En stor andel av barn og unge i risiko for å skade andre sliter med komplekse psykiske lidelser (f.eks. komorbide tilstander som rus, psykiatriske diagnoser og traumer). (Appelbaum, 2013; Connor et al., 2006).

- **Redusere rusproblematikken blant barn og unge med høy risiko for å skade andre.** Bruk av rusmidler er hyppig brukt av unge som utøver kriminalitet. Studier viser at problematisk rusmiddelbruk øker risikoen for utøvelse av vold, både generelt og i nære relasjoner. Aggresjon som ofte fører til vold, blir forsterket av alkohol, og unge med tilbøyelighet til aggressiv atferd har større sannsynlighet til å begå impulsive voldshandlinger under påvirkning. Forebygging og behandling av rusmiddelproblematikk er viktig for å redusere voldsrisiko og negative helseeffekter (Sontate et al., 2021; Zhong et al, 2020).

Målgruppe

For å forebygge vold og SSA blant barn og unge er det sentralt å forstå hvem som utøver. Bedre forståelse av utøvere kan bidra til bedre og mer treffsikker forebygging og behandling. De bakenforliggende årsakene er ofte komplekse, og det er ingen enkel forklaring på hvorfor noen utvikler voldelig atferd og/eller SSA, men visse risikofaktorer går ofte igjen.

Barn og unge som er i risiko for å skade andre viser voldelig atferd og/eller SSA som er klart atypisk for alder eller utviklingsnivå. Atferden er sosialt upassende, preget av tvang, trusler og maktmisbruk. SSA og voldsatferd inkluderer fysiske, psykiske og digitale handlinger som kan fremkalle frykt, smerte eller skade hos de som utsettes (ICD-10, 2008).

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 av følgende tilstander:

- Moderate til alvorlige psykiske vansker og lidelser (Helsedirektoratet, psykisk helsevern for barn og unge)
- Atferdsforstyrrelser (Helsedirektoratet, Atferdsforstyrrelser)
- Utviklingsforstyrrelser, autisttilstander, mistanke om gjennomgripende forstyrrelser/tilstander (Helsedirektoratet, Utviklingsforstyrrelser)
- Rusmiddelproblematikk

Målgruppen kjennetegnes ved levekårsutfordringer og ressursbrist på flere livsområder, tidligere debutalder for utøvelse av vold/SSA og et høyere antall siktelsener og/eller hendelser før fylte 15 år (Aase et al., 2020; David-Ferdon et al., 2016). Målgruppen har ofte:

- Historikk med utøvelse av vold/SSA
 - Gjentatt utøvelse av vold og/eller SSA før fylte 15 år
 - To eller flere volds- og overgrepssiktelsener før fylte 15 år
- Akutt fare:
 - Umiddelbar fare for flere alvorlige hendelser med vold og/eller skadelig seksuell atferd
 - Fare for nye lovbrudd dersom intervensjoner ikke iverksettes
 - Kronisk eller eskalerende fare som kan ha alvorlige følger for utsatte

Forskning viser at intervensjoner har størst effekt jo yngre personen er (Heckman, 2008). WHO (2016) understreker at forebygging av vold bør starte tidlig for å bekjempe vold, og helst før atferden manifesterer seg.

Den prioriterte målgruppen er derfor barn og unge i alderen 10-15 år med høy risiko for ny/gjentakende utøvelse av vold og/eller SSA.

Unge som ikke er i målgruppen

Unge med lav til moderat risiko bør behandles i de ordinære helsetjenestene innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) eller habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU), så lenge de tilfredsstiller de formelle kriteriene i prioriteringsveilederen

Barn og unge med alvorlig psykisk lidelse med realitetsbrist eller psykose som krever spesialisert behandling innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) med døgnopphold, sikkerhetspsykiatri for de under 18 år, eller psykoseteam i voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) vil ikke være en del av målgruppen.

Grad av risiko og behov for oppfølging

Kunnskapsgrunnlaget viser at behandling er mest effektiv for de med høy risiko. Dette er også i tråd med Risiko-Behov-Mottagelighetsprinsippene (RNR), som fokuserer på å rette behandling mot de som har høy risiko for tilbakefall eller for å utøve ny kriminalitet (Schmucker og Lösel, 2015; Hoge, 2021; Wormith & Bonta, 2021).

Lav risiko innebærer ofte at tiltak ikke vurderes nødvendig ut over hva som den unge mottar i ordinært tilbud. Moderat risiko kan kreve mer strukturerte tiltak og samarbeid mellom flere tjenester. Forskning viser at personer med moderat risiko også har nytte av behandling, men de trenger ikke like omfattende tiltak som de med høy risiko. Personer med lav risiko kan trenge mindre omfattende tiltak, eller ingen i det hele tatt, for å opprettholde en sunn utvikling (Hoge, 2021; Wormith & Bonta, 2021).

Grad av risiko vurderes basert på en strukturert faglig vurdering av ungdommens risiko- og beskyttelsesfaktorer (Helsedirektoratet, 2018), som tidligere er beskrevet under 1.5.3. Kartlegge og vurdere.

Forekomst og omfang

Barn og unge med høy risiko for å skade andre er ikke studert mye som et selvstendig fenomen, og det er usikkert hva mørketallene faktisk utgjør. Mørketallet for vold og overgrep generelt kan være betydelig, estimert til ca. 60 %. Det betyr at en stor andel av volden og overgrepene som faktisk skjer, ikke blir rapportert til politiet eller andre myndigheter (Buil-Gil et al., 2021). Hvorvidt disse mørketallene også gjelder for de mest alvorlige tilfellene, er usikkert.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Norsk pasientregister sett på aktivitetsdata fra spesialisthelsetjenesten. For 2023 viser dataene at det var totalt 1538 barn og unge som var registrert med atferdsutfordringer. Dette kan indikere at en del av målgruppen mottar behandling i dag, men med disse tallene er det ikke mulig å differensiere de med høy risiko fra resten av gruppen.

Tall fra en ny norsk registerstudie tilsier at det er ca. 400 personer i Norge som før fylte 15 år har pådratt seg siktelse som øker deres fremtidige risiko for å begå volds- og seksuallovbruddskriminalitet (Friestad, 2024, personlig kommunikasjon).

Blant unge siktede (<15 år) var gjennomsnittsalderen for første siktelse 13 år for seksuallovbrudd og 13,3 år for voldslovbrudd. Jenter utgjorde 20 % av de siktede for vold. Studien viser at unge som får sin første volds- eller overgrepssiktelse før fylte 15 år har høyere risiko for tilbakefall enn personer som har sin første siktelse etter fylte 15 år.

Antallet på ca. 400 personer er estimert ut fra tallene som fremkommer i registerstudien, der utvalget består av alle 15-åringene i Norge i tidsperioden 1997-2005. Til sammen 5% av disse ble siktet for lovbrudd før de fylte 15 år. For undergruppene med siktelse for enten voldslovbrudd (til sammen 2991 personer)

eller seksuallovbrudd (til sammen 318) før 15 år, ble mer enn seks av ti siktet for nye lovbrudd etter 15 års alder. Tallet 400 refererer til dem som var registrert med volds- eller seksuallovbruddskriminalitet både før og etter 15 års alder.

Det er usikkerhet rundt hvorvidt alle barn og unge med høy risiko for å skade andre har behov for spesialisert behandling. Det kan finnes tilbud som ivaretar utfordringene til den unge, enten innad i helse eller i andre deler av hjelpeapparatet.

Piloteringen vil kunne gi et mer presist estimat på a) hvor mange barn og unge som har en høy risiko for å skade andre og b) hvor mange av denne gruppen som har behov for spesialisert behandling.

Andel med SSA og voldsatferd

Andelen unge med høy risiko for utøvelse av SSA er lavere enn andelen unge med høy risiko for utøvelse av vold. Studier indikerer at ungdom som utøver SSA utgjør en liten prosentandel av ungdomspopulasjonen, mellom 1-3 % (McCann et al., 2010). En betydelig større andel unge rapporterer å ha utøvd vold, med estimer som varierer fra 10-20% (WHO, 2016).

Det er derfor tydelige forskjeller i prevalens mellom unge som utøver vold og SSA. Av den totale gruppen vil kun en liten andel av disse ha SSA-problematikk. Unge med voldelig atferd vil utgjøre flertallet av pasientene.

Arenaer og kontekster for utøvelse av vold og overgrep

Et spesialisert behandlingstilbud for barn og unge med høy risiko for å skade andre omfatter alle former for vold og seksuelle overgrep, på tvers av arenaer og kontekster, uavhengig av underliggende årsaker og motiver. Det omfatter vold og overgrep på fysiske arenaer, via digitale medier, i nære relasjoner (inkludert omsorgsrelasjoner og hjelpere) og i det offentlige rom. Volds- og overgrepsatferden kan være impulsiv eller instrumentell, reaktiv eller proaktiv, og den kan være åpen eller tildekket (for eksempel psykisk vold og negativ sosial kontroll).

Identifisering, vurdering og oppfølging av barn og unge som utøver vold og overgrep vil følgelig være et tverrsektorielt ansvar, med behov for samarbeid og samhandling.

Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Risikofaktorer for voldelig atferd og SSA kan variere på individ-, familie-, skole- og nærmiljønivå. På individnivå inkluderer risikofaktorer tidlig aggresjon, mobbing, hyperaktivitet, og svak tilknytning til skolen. På familienivå kan risikofaktorer inkludere konfliktfylte barn-foreldrerelasjoner, foreldrestress, rusmisbruk i hjemmet, og sosial isolasjon. På skole- og nærmiljønivå er svake skoleprestasjoner, normbrytende venner, og fattigdom noen eksempler på risikofaktorer (FHI, 2020; Fox et al., 2015; Cross et al., 2005; Jensen, 2023).

Beskyttelsesfaktorer kan på den andre siden redusere risikoen for voldelig atferd og SSA, og inkluderer god emosjonsregulering, støttende foreldre, positive vennskap og et trygt nærmiljø (Labella & Masten, 2018; FHI, 2020).

Unge med SSA og voldelig atferd er ofte blant de mest risikoutsatte i samfunnet. En høyere andel har tidligere eller pågående erfaring med vold, overgrep og omsorgssvikt, og vokst opp i familier med sammensatte utfordringer og negative levekår. Disse pågående negative hendelsene og belastningene påvirker deres utvikling og sosiale, akademiske og relasjonelle fungering, samt evne til selvregulering og beslutningstaking (Forsman et al., 2015; Seto et al., 2010; Vizard, 2013).

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har kartlagt to utviklingsstier for barn og unge som utviser voldelig atferd: tidlig debut i barndommen og senere debut i ungdomsårene (NKVTS, 2024). Fra et utviklingspsykologisk perspektiv endrer både typen og hyppigheten av voldelig atferd seg med alderen.

Aggresjon, som er en naturlig del av menneskelig atferd, kan ha ulike funksjoner, som å oppnå noe ønsket eller beskytte seg mot en opplevd trussel (Tremblay et al., 2018; von Tetzchner, 2020). Studier viser at fysisk aggresjon vanligvis begynner i løpet av det første leveåret, når en topp ved 3–4 år, og deretter avtar i takt med at barn utvikler bedre sosiale og kognitive ferdigheter (Nærde et al., 2014; Tremblay, 2022).

For de fleste barn avtar aggresjonen gjennom barndom og ungdomstid. En liten gruppe fortsetter imidlertid med vedvarende aggressiv atferd, og disse har en høyere risiko for å utvikle et livslangt mønster preget av vold og kriminalitet. Denne gruppen har ofte vist mer alvorlig vold og SSA i tidlig alder, kombinert med andre risikofaktorer som traumer, nevrologiske vansker og et belastet sosialt miljø (NKVTS, 2024). Det er sjeldent at voksne utviser voldelig atferd uten en problematisk utvikling preget av vedvarende aggresjon fra barndommen (Tremblay, 2022).

Debut i ungdomstid

Ungdom som debuterer med vold i ungdomsårene, kalt "sein-start"-mønsteret, utviser vanligvis atferdsproblemer fra 12-14 år, men disse avtar ofte mot tidlig voksen alder (Frick, 2012). Denne gruppen representerer majoriteten av ungdommer som begår kriminelle handlinger, og atferden er ofte knyttet til ungdomsspesifikke risikofaktorer som gruppedynamikk, rusbruk og et modningsgap (NKVTS, 2024; FHI, 2020; Bufdir, 2019).

De fleste unge i denne gruppen går videre til et veltilpasset voksenliv, selv om en periode med voldelig atferd kan påvirke skolegang og sosial tilpasning. Det er imidlertid en liten gruppe som fortsetter med en kriminell løpebane også inn i voksen alder. Risikoen for dette øker med tilstedeværelsen av risikofaktorer som rusmiddelbruk, særlig overstadig alkoholinntak, og dårlige vennerelasjoner (Assink et al., 2015; Bright, 2015; Labella & Masten, 2018).

Debut i barndom

Barn og unge som viser alvorlig fysisk aggressiv atferd allerede i barndommen har som gruppe høyere risiko for tilbakefall sammenlignet med de som debuterer i ungdomsårene (NKVTS, 2024; FHI, 2020; Bufdir, 2019). Denne tidlige debutstien innebærer ofte voldelig atferd eller SSA som kan utvikle seg til alvorlig kriminalitet i ungdoms- og voksenlivet. Atferden manifesterer seg tidlig, med handlinger som biting og slåssing, og er ofte knyttet til nevrologiske vansker, traumer og et belastet sosialt miljø. Barn som vokser opp under slike forhold, med lav sosioøkonomisk status og foreldre med dyssosiale trekk, er spesielt utsatt.

Selv om denne gruppen kun utgjør 5-10 % av dem som begår kriminalitet, står de for en betydelig andel av de mest alvorlige tilfellene. Uten effektive intervensjoner har disse barna/unge høy risiko for å fortsette en kriminell løpebane inn i voksen alder. Dette er støttet av norske og internasjonale studier som viser at de

mest kriminelle individene ofte har en lav debutalder sammenlignet med dem som begår færre kriminelle handlinger (Aase et al., 2020; David-Ferdon et al., 2016).

Undergruppe med dyssosiale trekk

Barn og unge som viser voldelig atferd og/eller SSA tidlig i livet, og som har dyssosiale og hard og ufølsom-trekk (callous-unemotional, CU), har en høy risiko for å utvikle alvorlig kriminell atferd og dyssosial personlighetsforstyrrelse senere i livet (Frick et al., 2014a; Klahr & Burt, 2014). Denne gruppen mangler ofte empati og skyldfølelse, viser stabil aggressiv atferd, og har en genetisk sårbarhet som er betydelig høyere enn hos andre barn med voldelig atferd, med arvelighetsestimater mellom 42% og 68% (Fairchild et al., 2019; FHI, 2020; Bufdir, 2019).

Gruppen sliter ofte med sosial kognisjon, har lav fryktrespons og kan oppfatte vold som en løsning på problemer. De viser både reaktiv (som respons på provokasjon) og instrumentell (for å oppnå mål) aggresjon (Fonagy et al., 2018; Frick, 2012). Gruppen har høyere sannsynlighet for å begå alvorlige kriminelle handlinger, ofte med våpen, og tar gjerne ledelsen i kriminelle handlinger i gruppe. Disse barna er også mindre følsomme for straff og viser mindre frykt eller angst (Frick, 2012; Essau et al., 2006; Thøgersen et al., 2022; Lønnum et al., 2022).

Utfordringsbildet

Et behandlingstilbud til barn og unge med høy risiko for å utøve vold og SSA er viktig både for å forbedre den unges egen livskvalitet, og for samfunnets sikkerhet.

Barn og unge fra 12 år står for mellom 30-50% av seksuelle overgrep mot andre barn, omtalt som skadelig seksuell atferd (SSA) i dette dokumentet, og ca. 20% av voldslovbruddene. Samtidig har det siden 2015 vært en bekymringsfull økning i kriminalitet blant barn og unge, der det i stor grad utøves vold, ran, trusler og andre former for skade mot andre (Politiet, 2024; PST 2024).

Barn og unge med høy risiko for å fortsette med utøvelsen av vold og SSA i ungdoms- og voksenalder utgjør et fåtall (5-10%) av de som begår kriminalitet, men står for en betydelig del av kriminaliteten (Moffitt, 1993; Tremblay, 2022).

Tjenestene som skal hjelpe barn og unge med høy risiko for å skade andre står ofte i svært krevende situasjoner. De kan oppleve en følelse av maktesløshet, og arbeidet kan være preget av usikkerhet, frykt og en følelse av å stå alene. Dette speiler også hvordan familiene og de unge selv kan oppleve det. Den komplekse problematikken gjør at selv om tjenestene jobber for å finne løsninger, er det ofte vanskelig å oppnå resultater for den unge og dens familie. Samarbeid og støtte på tvers av systemer er avgjørende for å kunne gi den hjelpen som trengs.

Innsiktsarbeid

I 2023 intervjuet Helsedirektoratet ledere og ansatte i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Respondentene var fordelt over alle de fire helseregionene.

Det ble også gjennomført dybdeintervjuer med personer mellom 18-25 år som selv har hatt utagerende atferd og/eller utøvd vold, samt pårørende til barn og unge mellom 10-25 år som har/har hatt utagerende atferd og/eller utøvd vold. Unge som opplever vold i sitt ungdoms- og skolemiljø, ble også intervjuet. Respondentene representerer Osloregionen og Trondheim.

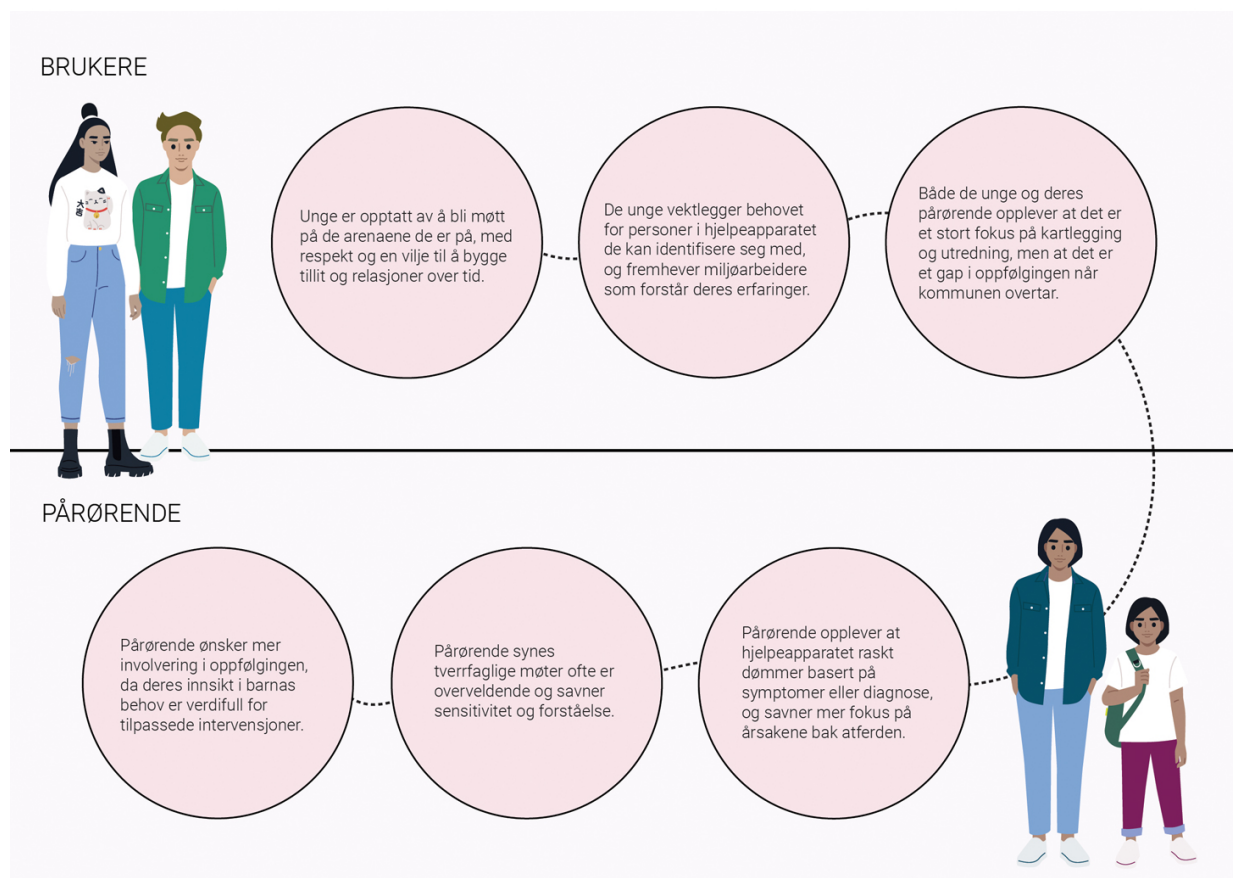
Brukere og pårørende

Unge som selv har utøvd vold, eller er i miljøer der det utøves vold, er opptatt av å bli møtt på de arenaene de er på, med respekt og en vilje til å bygge tillit og relasjoner over tid. De vektlegger viktigheten av at menneskene de møter i hjelpeapparatet er lett å identifisere seg med, og trekker frem gode erfaringer med miljøarbeidere og miljøterapeuter. De unge opplever at disse er mer til stede på deres arena, og har en bedre forståelse for deres erfaringer og opplevelser.

Både de unge og deres pårørende opplever at det er et stort fokus på kartlegging og utredning, men at det er et gap i oppfølgingen etter at kommunen overtar. Tilbudene som finnes i kommunen varierer også i stor grad, og påvirker i hvilken grad man får rett oppfølging. De opplever også at det mangler gode hjelpetiltak for ungdom før fylte 18 år.

I møte med systemet opplever pårørende at hjelpeapparatet fort dømmer og drar slutninger basert på en oppfatning av symptomer og/eller diagnose. De savner at hjelpeapparatet er mer interessert i årsaken *bak*

atferden. Tverrfaglige møter med fagpersoner oppleves ofte overveldende og skremmende for de pårørende, og de savner å bli møtt med sensitivitet og forståelse. Pårørende ønsker også å bli mer involvert i oppfølgingen, da de føler de har en god forståelse av barnas behov og utfordringer, og at den innsikten er svært verdifull i utformingen av tilpassede intervensjoner.



Spesialisthelsetjenesten

Innsikten avdekket en betydelig variasjon i tilbudet til barn og unge i risiko for å skade andre. Mens noen få helseforetak har gode og systematiske behandlingstilbud til barn og unge med høy atferds- og utageringsproblematikk, mangler det flere steder et tilbud med god kompetanse og erfaring på feltet. Dette resulterer i at barn og unge med høy risiko for å skade andre ikke får den nødvendige og likeverdige hjelpen de trenger.

Noen store helseforetak har etablert gode tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og habilitering for barn og unge (HABU). Likevel er tilbudene varierende i innhold, og behandlingen som gis er kun en del av det ordinære tilbudet ved den aktuelle virksomheten. Spesifikke tilbud rettet mot unge med høy risiko for tilbakefall er sjeldne.

Flere behandlingssenheter tilbyr ikke tilstrekkelig behandling for barn og unge i risiko for å skade andre, og ønsker å styrke tilbudet. Den geografiske dekingen av likeverdige og tilgjengelige tjenester for målgruppen varierer betydelig mellom de regionale helseforetakenes opptaksområder.

Ansatte i tjenester rundt barn og unge opplever det som utfordrende å håndtere og følge opp saker der de er bekymret for atferden til den unge. Mangel på tilgjengelig kompetanse, generelle råd og veiledning i slike saker gjør det vanskelig å ta riktige beslutninger og sette i gang nødvendige intervensjoner for å beskytte både den unge og samfunnet.

KOMMUNALE HELSE OG OMSORGSTJENESTER



SPESIALISTHELSETJENESTER



Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunale helse- og omsorgstjenester til barn og unge er svært ulikt organisert på tvers av kommuner. Fastlegetjenesten, helsestasjon og skolehelsetjenesten er tjenester som er etablert, men utover dette er det svært ulikt hvilke helsetjenester som tilbys til barn og unge på tvers av kommuner. Dette gjør det krevende å få til sammenhengende tjenester til barn og unge i risiko for å skade andre, og det utfordrer også muligheten til å skape et likeverdig oppfølgingstilbud i kommunen.

Innsikten avdekket at ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester ofte mangler fagspesifikk kompetanse og verktøy for å kunne jobbe systematisk med både identifisering og oppfølging av barn og unge med høy risiko for å utøve SSA og vold. Dette gjør at barn ikke identifiseres og følges opp, og at henvisninger til spesialisthelsetjenesten ofte blir mangelfulle. Kommunale helse- og omsorgstjenester savner veiledning fra fagpersoner med kompetanse på feltet, særlig når de står ovenfor komplekse saker der de er bekymret for atferden til den unge. De opplever at spesialisthelsetjenesten er lite tilgjengelige for både veiledning før og oppfølging i etterkant, og de fleste kommuner mangler også tilgang til spesialiserte tjenester med kompetanse på feltet.

Kunnskap på feltet

Barn og unge med høy risiko for å utøve vold og SSA har komplekse behov (Nærde et al., 2014; Tremblay, 2022; Tremblay et al., 2018). Det er avgjørende at de får riktig og tilpasset hjelp for å hindre at problemene eskalerer. Kunnskapen på feltet viser at dagens oppfølging ikke er tilstrekkelig, noe som kan føre til alvorlige konsekvenser for både individet og samfunnet. utfordringene i oppfølgingen av barn og unge med høy risiko for å skade andre er sektorovergripende og sammensatte.

Fragmentert innsats, ansvarsforhold og felles forståelse

En av de største utfordringene er den manglende koordineringen mellom de ulike tjenestene som har ansvar for oppfølgingen av barn og unge med høy risiko for vold og SSA. Denne målgruppen har ofte behov som går på tvers av sektorer som barnevern, helsevesen, skole og justissektoren. Likevel opplever ansatte i tjenestene at samarbeid på tvers av disse sektorene er mangelfullt, og at oppfølgingen derfor blir fragmentert. Dette svekker muligheten til å gi en helhetlig og målrettet innsats, og gjør at mange barn ikke får den hjelpen de trenger til rett tid (Harrington & Bailey, 2020).

Et annet viktig aspekt av fragmenteringen er uklare ansvarsforhold mellom tjenestene. Det er ofte uklart hvem som har hovedansvaret for å følge opp barnet, og denne uklarheten fører til at mange barn faller mellom flere stoler. Når ingen tar det overordnede ansvaret for barnets oppfølging, er det stor risiko for at viktige tiltak blir forsinket eller ikke satt inn. Dette gjør at barn og unge med høy risiko ikke får den hjelpen de trenger, og at risikoen for eskalering av vold og kriminell atferd øker (Cross, Finkelhor & Ormrod, 2005).

I tillegg er det ofte manglende felles forståelse av hva som ligger bak den voldelige eller skadelige seksuelle atferden. Ulike tjenester ser ofte problemet fra forskjellige perspektiver, noe som fører til at tiltakene ikke blir samordnet eller tar hensyn til barnets totale situasjon. Dette gjør at tiltakene blir rettet mot å løse symptomene, og ikke tar tak i de reelle årsakene til problemet, noe som øker risikoen for at atferden til unge med høy risiko eskalerer (Borum, 2015).

Det ordinære hjelpeapparatet klarer i varierende grad å gi god nok hjelp til unge med komplekse og alvorlige tilstander, herunder også barn og unge med høy risiko for å skade andre. (Barneombudet, 2020; Hansen et al., 2020; Melby et al., 2020; Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2020).

Manglende systematikk

Et annet stort problem er mangelen på systematikk i det risikoreduserende arbeidet, både individuelt og på systemnivå. Det finnes få metoder eller verktøy som hjelper tjenestene med å vurdere risikoen for at barn og unge kan utøve vold eller SSA. Dette fører til at mange barn som burde fått hjelp, ikke blir identifisert i tide. Det gjør at problemene rekker å vokse seg større før de blir tatt tak i, og at barn og unge med høy risiko ikke får risikoreduserende tiltak (Grisso, 2008).

Mangelen på bruk av systematiske verktøy gjør det vanskelig for ansatte å vurdere risiko på en trygg måte. De må ofte basere seg på personlig erfaring og skjønn. Dette kan føre til at tiltakene som settes inn, ikke er tilpasset barnets reelle behov (Bufdir, 2021). Mangelen på systematikk i arbeidet forverres av den fragmenterte innsatsen mellom tjenestene, noe som ytterligere svekker effektiviteten og treffsikkerheten ved tiltakene som settes inn for unge med høy risiko for å skade andre.

Lite fagspesifikk kompetanse

Barn og unge med høy risiko for å skade andre har ofte sammensatte utfordringer og er i en sårbar situasjon. Det kreves høy helsefaglig, barnevernfaglig og juridisk kompetanse for at tjenestene skal gi et forsvarlig tilbud til barn og unge i en sårbar situasjon, herunder også de med høy risiko for å skade andre. Manglende fagspesifikk kompetanse på feltet i både barnevern, skole og helsevesen, gjør at målgruppen ikke blir møtt med de riktige tiltakene som kan bidra til å redusere risikoen og øke livskvaliteten.

(Helsetilsynet, 2019; Kojan et al., 2021). Skolen mangler ofte også ressurser og spesialkompetanse for å håndtere elever med alvorlige atferdsproblemer (Helsedirektoratet, 2021).

En viktig del av kompetanseutfordringen er at fokus ofte ligger på å beskytte og hjelpe personer som er utsatt for vold og overgrep. Dette er naturligvis viktig, men det fører ofte til at behovene til de som utøver ikke får nok oppmerksomhet. Barn og unge som utøver vold eller SSA har ofte komplekse utfordringer, inkludert psykiske lidelser, traumer og vanskelige oppvekstforhold. Uten å rette tilstrekkelig fokus på utøverens behov og utfordringer, risikerer man at volden og den skadelige atferden vedvarer (FHI, 2020).

Konsekvenser

Konsekvensene av manglende eller lite tilpasset oppfølging og behandling er alvorlige. Dette skaper konsekvenser for både den unge selv, deres pårørende, det offentlige og lokalsamfunnene. Samfunnsøkonomisk medfører dette store tap, både i form av produksjonstap og kostnader for helsevesen, politi og rettsapparat.

Helse

Barn og unge som utøver vold, har en høyere risiko for å utvikle alvorlige helseproblemer, som psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Flere studier viser at disse barna også har en høyere risiko for tidlig død. En svensk registerstudie (BRÅ, 2021) viser at ungdom som begår lovbrudd har betydelig høyere risiko for overdødelighet. Jenter som hadde begått lovbrudd hadde 25 ganger høyere risiko for å dø, mens gutter hadde 11 ganger høyere risiko, sammenlignet med resten av befolkningen, før fylte 28–34 år. De fleste dødsfallene skyldes forgiftninger, selvmord eller vold. Dette illustrerer den alvorlige sykdomsbyrden blant unge med risikofylt atferd, og hvor viktig det er med tidlig intervensjon for å forhindre en tragisk utvikling. Flere studier viser tilsvarende tall med økt risiko for sykdom og død før fylte 55 år (Stenbacka et al., 2019).

En dansk studie viser lignende funn. Unge som både har skadet seg selv og utøvd vold mot andre, har en betydelig økt risiko for tidlig død, ofte som følge av ulykker eller selvmord (Steeg et al., 2019). Mange av disse ungdommene har også rusmiddelproblemer, noe som ytterligere forverrer situasjonen.

Kriminalitet

Når barn og unge med høy risiko for å skade andre ikke får riktig behandling og oppfølging, er det større sannsynlighet for at de utvikler en kriminell løpebane som fortsetter inn i voksen alder. Dette skaper store samfunnsproblemer, med økt belastning på rettsvesenet, politi og helsevesen. I tillegg bidrar det til utrygghet i lokalsamfunnene når volden vedvarer (BRÅ, 2021).

Som utsatt for vold og mishandling er unge overrepresentert. Ser vi på gutter og jenter hver for seg, viser anmeldelsene at det i 2023 er en betydelig økning i utsatte 15-16 år gamle gutter. De er nå mest utsatt av alle, med 18 ofre per 1000 innbyggere. Blant jenter er det størst økning for og flest utsatte 14 åringer, med 12 ofre per 1000 innbyggere (Reid, 2024).

Samfunnsøkonomisk

Manglende oppfølging av barn og unge med høy risiko for å utøve vold fører til store samfunnsøkonomiske konsekvenser. Ifølge Barnevoldsutvalget (NOU 2017:12) kan hvert barn som utsettes for vold eller

omsorgssvikt, koste samfunnet opptil 3,9 millioner kroner i produksjonstap over livsløpet. Universitetet i Oslo og Folkehelseinstituttet (FHI) anslår at sykdom og tidlig død koster Norge omtrent 370 milliarder kroner årlig, hvor en stor del av tapet er knyttet til psykiske lidelser og rus (Kinge et al, 2023).

Hvis unge med høy risiko ikke får tidlig hjelp, kan det det til økt belastning og kostander for både politi, domstoler, helsevesen, barnevern og fengselsvesenet, samt svekke tilliten til offentlige tjenester (BRÅ, 2021).

Alternative muligheter som har blitt vurdert

Alternativ 1: Fortsette med dagens situasjon

Dersom ambulant spesialisert behandlingstilbud til barn og unge med høy risiko ikke piloteres, er alternativet å fortsette med dagens situasjon.

Til tross for at det vært nasjonale tverrdepartementale planer de siste 15 årene for å forebygge vold i nære relasjoner, har fokus i stor grad vært rettet mot de som utsettes for vold, snarere enn de som utøver volden. I dagens tverretatlige samarbeid er det ikke et tydelig ansvar knyttet til oppfølging og behandling av barn og unge som er i risiko for å skade andre.

Under er informasjon om tilbud, tiltak og pågående initiativ som kan være relevante for å følge opp hele eller deler av målgruppen. Flere av tilbudene mangler imidlertid den fagspesifikke kompetansen som kreves for å håndtere unge med høy risiko for å skade andre, og relevante tilbud i barnevernet yter ikke helsehjelp. Å håndtere barn og unge med høy risiko for å skade andre krever en fagspesifikk kompetanse, som ofte går utover det de generelle tjenestene til vanlig jobber med. Enkelte tiltak har heller ikke direkte pasientkontakt og retter seg ikke spesifikt mot de med høy risiko for å skade andre. Det vurderes derfor ikke at eksisterende tilbud dekker det behovet ambulant spesialisthelseteam har til hensikt å dekke, og at tiltakene heller vil være kompletterende.

Tilbud i spesialisthelstjenesten

I psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) har det over tid blitt bygget opp tilbud rettet mot barn og unge som utøver skadelig seksuell adferd (SSA).

Det finnes videre behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå overgrep mot barn (Det finnes hjelp) og behandlingstilbud til personer med seksuallovbruddsproblematikk (BASIS).

De fleste generelle behandlingstilbudene innen PHBU, HABU og TSB har et tilbud til barn og unge med atferdsforstyrrelser, da i kombinasjon med en psykisk lidelse, nevrouviklingsforstyrrelse eller rusmiddelproblemer. Kun fåtall av behandlingsenhetene oppgir at de behandler eller har et særskilt fokus på barn og unge som har en høy risiko for å utøve vold. Innhold og organisering av disse tilbudene er forskjellig, men har felles at de tar utgangspunkt i Risiko-behov-responsivitet (RNR) prinsippene og Strukturert-profesjonell-vurdering (SPJ) tilnærmingen. Eksempler på disse er Barne- og ungdomsavdelingen i Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo Universitetssykehus, og i barneseksjonen ved Nic Waals Institutt ved Lovisenberg sykehus.

Flere ordinære tjenester har enkeltpersoner som har noe kompetanse på vold og "ildsjeler" som ivaretar en utvidet kompetanse på område. Spesialisert utredning og behandling av voldsproblematikk gis i noen utstrekning i det generelle tilbudet PHBU og HABU, f.eks. ved V27, Betanien sykehus.

I de ordinære tjenestene i PHUB og HABU er inntak basert på prioriteringsveilederen som sier noe om barn og unge har alvorlige psykiske lidelser, rusmiddelproblemer og/eller kognitive funksjonsnedsettelser (nevrouviklingsforstyrrelser eller nevrotilstander). Volds- og overgrepssatferd er ikke en tilstand beskrevet i prioriteringsveilederen. Barn og unge med slik problematikk, ofte henvist som "atferdsvansker" til

spesialisthelsetjenesten kan få avslag på rett til nødvendig helsehjelp, med feil begrunnelse om at tilstanden ikke omtales i prioriteringsveilederen. Generelt omfatter prioriteringsveilederne 75-80% av alle tilstander som henvises til i spesialisthelsetjenesten, og tilstander som ikke nevnes eksplisitt skal også rettighetsvurderes. Det skal alltid gjøres en individuell vurdering. Mistolkninger av bruken av prioriteringsveilederen gjør imidlertid at det er sannsynlighet for å få avslag ved henvisning av målgruppen.

FACT Ung

Fleksibelt ACT-team for ungdom (FACT ung) er tverrfaglige team som jobber med ungdom i alderen 12-25 år med høy funksjonssvikt på flere områder i livet, sammensatte vansker og behov for langvarig og integrert innsats fra flere tjenester. Dette vil ofte inkludere kjennskap til eller mistanke om psykiske vansker, og/eller rusmiddelproblemer. Det er imidlertid kommunene og spesialisthelsetjenesten (BUP) som eiere av et FACT ung-team som avgjør hvem målgruppen er.

FACT ung har tilgang til generelle spesialisthelsetjenester, men i mindre grad til spesialiserte tjenester for barn og unge med høy risiko for å utøve vold og SSA. Unntaket fra dette er noen team i Vestre Viken der BUP i FACT ung-teamene har et særskilt fokus inn mot unge med voldsproblematikk.

Teamene gir helhetlig oppfølging til ungdom med komplekse psykiske helseutfordringer, men mange av teamene har ikke den fagspesifikke kompetansen som kreves for å håndtere unge med høy risiko for å skade andre. Håndtering av høy risiko krever spesialisert kompetanse og erfaring, spesielt innen håndtering av voldelig atferd og SSA, som ofte går utover det FACT ung-team normalt arbeider med.

Kompetanseutviklingsprosjekter SSA innen PHBU og HABU

Innen SSA har det vært kompetanseutviklingsprosjekter i både PHBU og HABU, med nasjonale kliniske nettverk som støtter behandlingstilbudene. Disse fokuserer på SSA ikke utelukkende på de med høy risiko. Erfaringene fra arbeidet tilsier at det er utfordrende å opprettholde spesialisert kompetanse innen dette området i enkelte helseforetak. Tilsvarende er etableringen av regionale spisskompetanseenheter for skadelig seksuell atferd løst forskjellig i ulike helseregioner, med varierende mandat og grad av klarhet i oppdraget.

Digitalt lavterskeltilbud til ungdom 13-19 år

Helsedirektoratet har i samarbeid med Bufdir og Ung.no etablert et digitalt lavterskeltilbud for forebygging av problematisk eller skadelig seksuell atferd for ungdom. Tilbudet retter seg mot en aldersgruppe fra 13 til 19 år. For en mindre del av målgruppen, som utviser gjentakende problematisk seksuell atferd eller skadelig seksuell atferd, og som ønsker hjelp uten å gå via fastlege, vil behovet for spisset og spesialisert helsehjelp være nødvendig. Målgruppen er planlagt ivaretatt av spesialisthelsetjenesten gjennom et nasjonalt kontaktpunkt med en chat (på TryggPrat.no). Tjenesten vil koordinere med andre helseregioner for videre oppfølging.

Trippelprosjektet SSA

Trippelprosjektet (Helse Vest, trippelprosjektet) innen psykisk helsevern for barn og unge og habiliteringstjenesten for barn og unge, ledet av Betanien sykehus, omhandler kunnskapsformidling, datainnsamling og vurdering av etablering av et kvalitetsregister innen SSA.

Ambulante spesialisthelsetjenesteteam i barnevernsinstitusjoner

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å planlegge for tjenestene at alle barnevernsinstitusjoner skal være tilknyttet et ambulant spesialisthelseteam innen psykisk helsevern for barn og unge (Helse Sør-Øst RHF, 2024). Dette teamet skal ha kompetanse innen psykisk helse og rusmiddelproblemer og benytte seg av eksisterende personell. FACT-Ung vil bli vurdert som en del av denne løsningen. Teamene skal vurdere og tilby helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjonene og gi nødvendig veiledning til personellet ved institusjonen, jf. Barnevernsinstitusjonsutvalgets NOU 2023:24 «Med barnet hele vegen». Poliklinikk i Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) vil bidra til dette ved å tilby generelle utrednings- og behandlingstilbud som er nødvendige.

Oppfølging av plan for sikkerhetspsykiatri

Oppfølging av plan for sikkerhetspsykiatri utreder behandlingstilbud for barn under 18 år med mistanke om eller konstatert alvorlig psykisk lidelse og voldsatferd. Målgruppebeskrivelsen for oppdraget er: *Barn under 18 år som trenger utredning og/eller behandling for alvorlig psykisk lidelse eller mistanke om alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig voldsatferd, som ikke kan håndteres innenfor rammene av det ordinære tjenestetilbudet i psykisk helsevern for barn.*

For beskrevet målgruppe benyttes også RNR prinsippene.

Spesialisert rusbehandling til unge

De regionale helseforetakene (RHF-ene) har fått i oppdrag å avklare og tydeliggjøre hvordan spesialisert rusbehandling til barn og unge skal tilbys (Helse Sør-Øst RHF, 2024).

Videre har også Helsedirektoratet fått i oppdrag å utrede hvordan kunnskapsbasert tilnærming og spesialisert rusbehandling bør tilbys til barn og unge med rusmiddelproblemer. Utredningen gjøres i samarbeid med RHF-ene. Dette gjelder også for barn som mottar rusbehandling i barnevernsinstitusjoner.

Kliniske nettverk

Oppdragene relatert til kliniske nettverk for skadelig seksuell atferd innen PHBU og HABU, ledet av Betanien sykehus, V27, fokuserer ikke spesifikt på barn og unge med høy risiko for utøvelse av vold og SSA.

Tilbud i barnevernet

Hjelp til barn, ungdom og familier berørt av atferdsvansker kan gis i regi av barnevernet, enten kommunalt eller statlig (barne-, ungdoms- og familieetaten Bufetat). Bufetat besitter en rekke tiltak og behandlingstilbud for barn- og unge i risiko for å skade andre. Bufetats tiltak måles på familiefungering, atferd (inkludert voldelig atferd) og reduksjon av risikofaktorer i familien, herunder også familiefungering.

I barnevernet finnes det i dag flere kunnskapsbaserte tiltak til barn og unge med atferdsproblemer, som f.eks. Relasjonsfokusert familierapi (RFT, tidligere FFT) og Multisystemisk terapi (MST). Gjennom RFT vil familier hvor ungdommen står i risiko for å utvikle mer omfattende atferdsproblemer kunne få et tilbud, de steder der RFT er tilgjengelig. Både RFT og MST kan gi tilbud til familier der atferdsproblemene har eskalert til et alvorlig nivå. Det forskningsbaserte tiltaket Treatment Foster Care Oregon (TFCO; Behandlingshjem) ble utprøvd som en behandling for ungdommer som ikke lenger kunne bo hjemme.

Metodene kan samlet sett sees på som en tiltakskjede for familier med ungdom med atferdsproblemer (Lønnum et al., 2018). Etter avviklingen av TFCO, er det mangel på et enda mer høy-intensitet tiltak enn MST hvor ungdom kan flyttes ut av hjemmet kortvarig i spesialiserte fosterhjem med aktiv behandling på mange arenaer med fokus på hjemflytting.

FHI sin kartlegging av effekter og erfaringer for tiltak til barn og unge som utøver alvorlige handlinger til andre, viser en betydelig variasjon i behandlingstilnærmingen. Blant mange av de programbaserte tiltakene viste publikasjonene motstridende resultater. Det var få tiltak som viste klare indikasjoner på en positiv eller negativ effekt av behandlingen av unge som utøver alvorlige handlinger mot andre. Det kan blant annet skyldes forskjeller i tiltakets innhold, varighet, målemetoder, datakilder, utfallsmål, sammenligningsgruppe og lignende. I noen publikasjoner viste f.eks. registerdata og foreldrerapporterte data forskjeller i effekten av et tiltak på tilbakefall hos ungdommene (FHI, 2023).

Forskning utført av Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) viser imidlertid reduksjon i kriminogene risikofaktorer for ungdommer som starter MST med registrert kriminalitet (Bjørknes et al., 2024).

Barnevernsreformen

Barnevernsreformen fra 1.1.2022 ga økt ansvar til kommunalt barnevern både faglig og økonomisk. Reformen har særskilt fokus på forebygging og tidlig innsats i kommunen for barn og familier med ekstra behov. En stor andel av barn og unge med høy risiko for å utøve vold og SSA mottar bistand fra barnevernet. Gjennom reformens fokus kan den bidra til tidlig identifisering av barn og unge med høy risiko slik at de får raskere spesialisert behandling, så vel som en raskere koordinering av tjenester og oppfølging. Ambulant spesialisthelseteam er avhengig av tett og koordinert samarbeid med lokale tjenester i og rundt den unge og deres omsorgspersoners liv, som også inkluderer kommunalt og statlig barnevern.

Nasjonalt forløp for barnevern

Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus skal sikre helhetlig ivaretagelse av barns helse og fordrer samarbeid mellom barnevern og helse. Det skal gjøres en konkret vurdering av barnevernstjenesten, basert på indikasjon, om å igangsette et nasjonalt forløp hvis det er symptomer, bekymringstegn og/eller risikofaktorer på utfordringer med psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus. Forløpet er tilgjengelig for alle barn i barnevernet der barnevernstjenesten koordinerer og helsetjenesten kartlegger hvilke behov barnet har. Bekymringstegn og/eller risikofaktorer for utøvelse av vold og SSA er blant kriterier for å starte et nasjonalt forløp for barnevern (Helsedirektoratet, Barnevern).

Ambulant spesialisthelseteam kan være et mulig behandlingstilbud den unge kan henvises til dersom det vurderes at den unge har høy risiko for utøvelse av vold og SSA.

Multisystemisk terapi (MST)

MST i regi av Bufetat er et behandlingstilbud rettet mot ungdom i alderen 12-18 år som viser alvorlige atferdsvansker. Dette kan inkludere kriminalitet, vold, rusmiddelproblemer, skoleproblemer, eller annen problematferd som kan føre til store utfordringer både for ungdommen selv, familien og samfunnet.

Gjennom Bufetat tilbys standardversjonen av MST, som tilpasses den enkelte unge og deres families behov og situasjon. Fem av MST-teamene i Bufetat har fått særskilt opplæring i å yte multisystemisk terapi til ungdom som har vist skadelig eller bekymringsfull seksuell atferd og deres omgivelser. Det finnes flere varianter av MST rettet mot ulike målgrupper og atferd, i Norge er standard MST utgangspunktet og tilpasses gjennom særskilt kompetanse og faglig støtte. Ungdom som ikke er i målgruppen for standard MST i Bufetat inkluderer:

- Ungdom med alvorlige psykiske lidelser som psykoselidelser eller alvorlig depresjon som krever spesialisert behandling.

- Ungdom med autismespekterforstyrrelser hvor MST ikke er den mest hensiktsmessige behandlingsmetoden.
- Ungdom som ikke har tilstrekkelig familie- eller nettverksressurser til å støtte gjennomføringen av MST-programmet, da familieinvolvering er en sentral komponent i behandlingen.
- Ungdom som ikke er i barnevernet.

Dette skiller seg fra ambulant spesialisthelseteam, der målgruppen er barn og unge (10-18 år) med sammensatte psykiske lidelser og/eller nevroutviklingsforstyrrelser, og med høy risiko for utøvelse av vold og/eller SSA. Det er heller ikke krav til oppfølging fra barnevernet for å få tilbud, ei heller bestemte krav til omsorgspersoner- eller situasjoner.

Det vil imidlertid være flere likhetstrekk mellom hvordan MST og ambulant spesialisthelseteam jobber. Begge tjenester søker å jobbe med hele økosystemet rundt den unge, inkludert familien, skolen, nærmiljøet og eventuelle andre institusjoner eller personer som er involvert i den unges liv. Begge tjenester tilbyr intensiv og skreddersydd oppfølging der terapeuter tilbyr behandling, støtte og veiledning til den unge og systemene rundt med god arenafleksibilitet.

Parent Management training Oregon (PMTO)

PMTO ble tidligere tilbudt av Bufetat, men er gjennom barnevernsreformen definert som et kommunalt ansvar. Bufetat og NUBU gir implementeringsstøtte til kommuner for å bygge opp og vedlikeholde kvalitet i sitt tilbud om PMTO og TIBIR (tidlig innsats for barn i risiko, en påbygging/innramming av PMTO på tvers av kommunen). PMTO er et foreldreveiledningsprogram til familier med yngre barn (aldergruppe 3-12 år) som har atferdsvansker. Dette er god behandling og forebygging for at atferdsvanskene utvikler seg i ungdomsårene. Behandlingens fokus ligger i å styrke foreldrene og finspisse foreldreferdighetene til å møte barnets behov på best mulig vis.

Institusjoner som tilbyr atferdsbehandling

Bufetat har flere institusjoner som tar imot barn og unge med atferdsvansker (jfr. barnevernsloven §§ 6-1 og 6-2). Institusjonene tar imot barn og unge der barnevernet har vurdert at barnet ikke kan bo hjemme, dette i motsetning til MST. Institusjonene bruker ulike behandlingsmodeller som er tuftet på mange av de samme prinsipper som både MST og PMTO, og jobber økologisk med alle berørte systemer i ungdommens liv, men gir ikke helsehjelp.

Alle institusjonene skal ha samarbeidsavtaler med PHBU, og i 2024 har RHF-ene fått i oppdrag fra HOD å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner skal være tilknyttet et ambulant spesialisthelseteam forankret i psykisk helsevern barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og rusmiddelproblemer. Se mer info under Tilbud i helsetjenesten.

Alternativ 2: Pilotere et spesialisert tilbud

At barn og unge i risiko for å utøve vold og overgrep har tilgang til et likeverdig og tilpasset oppfølgings- og behandlingstilbud, er ett av flere viktige tiltak som kan bidra til å redusere utøvelsen av vold og overgrep i den norske befolkningen.

For at behandlingstilbudet skal bidra til å nå målene for målgruppen, er det behov for et tilbud som er tilpasset målgruppen og har følgende egenskaper:

- **Ressursfleksibilitet.** Tilbudet må kunne tilpasses de ressursene som finnes lokalt og regionalt. Noen steder er det mye ressurser, andre steder er det svært lite. Der det er lite ressurser, må tilbudet være fleksibelt nok til å kunne tilføre mer spesialisthelseressurser ved behov.
- **Kompetansefleksibilitet.** Tilbudet må kunne tilpasses kompetansenivået lokale og regionalt, og inneha en bredde av kompetanse på tvers av fagområder (f.eks. Psykisk helse, rus, habilitering).
- **Arenafleksibilitet.** Behandlingen bør skje der barn og unge oppholder seg. Det kan inkludere skole, hjem, og andre arenaer der de tilbringer tid. Dette for å bidra til kontinuitet og tilgjengelighet i behandlingen.
- **Tverrsektorielt samarbeid.** Det er nødvendig med samarbeid på tvers av ulike sektorer som skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevern, politi, Konfliktrådet, NAV, kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, for å kunne tilby et helhetlig og intensivt oppfølgings- og behandlingstilbud.
- **Kultursensitivitet.** Tilbudet bør være tilpasset ulike kulturelle bakgrunner, herunder også samiske barn og unge. Dette for at tilbudet skal være likeverdig, uavhengig av kulturell bakgrunn.

Det har videre blitt gjort en rekke vurderinger i prosessen med å beslutte hvordan et likeverdig og tilpasset behandlingstilbud til barn og unge med høy risiko bør organiseres.

Ulike modeller for organisering

Som en del av Helsedirektoratets pågående arbeid med å styrke behandlings- og oppfølgingstilbudet for barn og unge med høy risiko for vold og seksuelle overgrep, har det blitt gjennomført en vurdering av ulike modeller for organisering for hvordan skape et likeverdig oppfølgings- og behandlingstilbud til barn og unge i risiko for å skade andre.

I 2017 og i 2021 gjennomførte Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) et forarbeid der de så på forslag til en landsdekkende struktur og vurderte tre modeller: en generalistmodell, en spesialiseringsmodell og en hybridmodell. Basert på disse vurderingene og etter innspillsrunder med sentrale aktører, foreslås hybridmodellen som den mest hensiktsmessige tilnærmingen.

Hybridmodellen kombinerer de beste elementene fra både generalist- og spesialiseringsmodellene. Mindre alvorlige saker behandles lokalt gjennom eksisterende tjenester, mens mer alvorlige saker håndteres i spesialiserte enheter. Denne modellen bidrar til både tilgjengelighet og spesialisering, og gir fleksibilitet til å tilpasse behandlingen etter alvorlighetsgraden av problematikken.

Modellen tar sikte på å styrke eksisterende tjenester gjennom økt kompetanse og kapasitet, samtidig som den gir rom for spesialisert behandling for de mest komplekse sakene (Connor et al., 2019). Dette gir et differensiert tilbud som kan tilpasses barn og unges ulike behov, og som dekker både bredden i mindre alvorlige tilfeller og dybden i mer alvorlige tilfeller. For å sikre en bærekraftig implementering vil det være avgjørende å legge vekt på tverrfaglig samarbeid og tydelig ansvarsfordeling mellom generelle tjenester og spesialiserte enheter.

Merk at **dette dokumentet kun omhandler den spesialiserte delen**. Det andre tiltaket som foreslås, *Styrke de eksisterende tjenestene*, omtales innledningsvis under Om den nasjonale strategien.

Ett tilbud for vold og SSA

Voldelig atferd og SSA kan hos noen barn og unge være kun det ene atferdsuttrykket, hos andre kan begge være til stede samtidig, mens det for andre kan skifte fra det ene skadelige atferdsuttrykket til det andre. I en pågående studie med gjennomgang av siktelsesdata for personer under 15 år (Friestad, 2024, personlig kommunikasjon) ser man at av de 318 individene som siktes for seksuallovbrudd før 15 års alder,

siktes over 18 % for nye seksuallovbrudd. Drøyt 7 % siktes for voldslovbrudd i løpet av oppfølgingstiden. Av de 2991 som siktes for vold før 15 års alder, er det nærliggende 4 % som siktes for seksuallovbrudd og over 7 % som siktes for vold i løpet av oppfølgingstiden.

Det er faglig enighet om at det ikke er hensiktsmessig med atskilte tilbud for utredning og behandling av unge med høy risiko for utøvelse av vold og SSA. Dette grunnet både praktiske og faglige årsaker. Både de generelle risikofaktorene for videre skjevutvikling, som f.eks. levekårsutfordringer og ressursbrist på mange dimensjoner i barnets liv, og de spesifikke risikofaktorene for gjentakelse av voldelig atferd og SSA, er ofte de samme. Det er atferdsuttrykket som er forskjellig. Også de kunnskapsbaserte utredningsmetodikkene og de virksomme risikoreducerende og styrkefremmende intervensjonene er gjennomgående de samme for begge de skadelige atferdsuttrykkene.

Sentralisere vs. regionale team

Det har også blitt vurdert hvorvidt et eventuelt fullskalert behandlingstilbud til barn og unge med høy risiko for å skade andre bør organiseres sentralisert, som i Queensland, Australia, eller om det bør etableres regionale enheter. Sentralisering har den fordelen at man kan opprettholde et robust fagmiljø med høy kompetanse og redusert sårbarhet. Ulempen er de store geografiske avstandene og kostnadene knyttet til ambulante tjenester.

Regionale enheter vil gi nærhet til pasientene og sikre mer lokalt tilgjengelige tilbud. Ulempen med denne tilnærmingen er utfordringer med rekruttering og vedlikehold av fagmiljøer i alle regioner, noe som kan føre til ujevn kvalitet på behandlingstilbudet.

Etter innspillsrunder der de ulike alternativene ble skissert, er det besluttet å avvente en endelig avgjørelse om hvorvidt det bør organiseres regionalt, fler-regionalt eller nasjonalt. Dette vil bli vurdert etter pilotperioden, da det per nå ikke er tilstrekkelig faglig grunnlag til å ta en endelig beslutning. Piloteringen av det spesialiserte behandlingstilbudet vil gi viktig innsikt som vil kunne informere den videre organiseringen av tilbudet.

Kostnader

Under er en oversikt over kostandene ved pilotering av ambulant spesialisthelseteam.

Regnestykket inkluderer:

- Kostnader ved utdanning og veiledning av terapeuter og ansatte
- Kostnader ved tapt arbeidstid for terapeuter og ansatte under utdanning
- Lønns- og reisekostnader
- Kostnad ved å disponere lokaler
- Skattefinansieringskostnader

Piloteringen innebærer en dimensjonering på ca. 10% av antatt full dimensjonering.

Pilotperioden foreslås at avgrenses til 3 år (foreløpig forslag 2026-2028). I året før piloteringen vil det være behov for planlegging, rekruttering etc.

Oversikt over foreløpig estimerte kostnader ved å pilotere ambulant spesialisthelseteam i perioden 2025-2028.

	2025	2026	2027	2028
Utdanning, kurs og veiledning	135 000	45 000	45 000	45 000
Tapt arbeidstid under utdanning og veiledning	513 274	85 546	85 546	85 546
Lønnskostnad	5 000 000	9 663 462	9 338 249	9 023 981
Reisekostnader	837 120	1 609 846	1 547 929	1 488 393
Drift og vedlikehold av lokaler	56 400	108 462	104 290	100 279
Skattefinansieringskostnader	1 194 424	2 263 662	2 186 236	2 111 475
Sum samfunnsøkonomiske kostnader	7 736 218	13 775 976	13 307 249	12 854 674
Sum budsjettmessige kostnader	6 028 520	11 426 769	11 035 468	10 657 653

Gevinster

Samlet sett er det potensielt en rekke positive virkninger av å pilotere og eventuelt på sikt bredde ambulant spesialisthelseteam. Virkningene er både for de unge med høy risiko for å skade andre, for barn og unge som potensielt kan bli utsatt for vold og overgrep, og samfunnet for øvrig. De største gevinstene er knyttet til økt helse og livskvalitet gjennom unngått helsetap, men også reduserte behandlingskostnader og unngått ressursbruk i det offentlige.

I tillegg til gevinstene som er tallfestet, er det også en rekke viktige gevinster som ikke er prissatt. Ambulant spesialisthelseteam kan for eksempel bidra til økt trygghet for barn og unge og redusert tap av skolegang og utdanning. Selv om disse virkningene ikke er tallfestet her, er det viktige virkninger som kan ha en stor verdi for de berørte.

Basert på beregningen som er gjort er estimatene for gevinstene ved å pilotere ambulant spesialisthelseteam større enn de samfunnsøkonomiske kostnadene.

Oversikt over potensielle årlige gevinster ved å både pilotere og etablere ambulant spesialisthelseteam (for 10 % av målgruppen og for hele målgruppen)

	GEVINST HELE MÅLGRUPPEN	GEVINST PILOTPERIODEN
Økt helse og livskvalitet	38 500 000	3 800 000
Økt produksjon	23 000 000	2 300 000
Unngått ressursbruk i barnevernet	13 900 000	2 300 000
Reduserte behandlingskostnader i helsetjenesten	25 600 000	2 500 000
Unngått ressursbruk i justissektoren	10 200 000	1 000 000
SUM	111 200 000	11 900 000

Økt helse og livskvalitet

Vold og overgrep i ung alder har langsiktige negative konsekvenser for både fysisk og psykisk helse, inkludert økt risiko for kroniske sykdommer, psykiske lidelser og helseskadelig atferd (WHO, 2023). Ved å tilby spesialisert behandling til barn og unge med høy risiko, kan man redusere de langsiktige helsekonsekvensene. Dette kan igjen forbedre livskvaliteten både for de som utøver vold og overgrep, og for de som potensielt blir utsatt. I økonomiske termer kan dette måles som unngått tap av kvalitetsjusterte leveår (QALY).

En QALY tilsvarer et år med full helse. I en større forskningsstudie ble det funnet at mishandling i oppveksten medførte et årlig tap av 0,03 kvalitetsjusterte leveår per person i voksen alder (Corso et al., 2008). Studien vurderte helsen til voksne som hadde vært utsatt for overgrep og omsorgssvikt som barn opp mot helsen til en sammenlignbar gruppe voksne som ikke hadde vært utsatt for overgrep og omsorgssvikt. Vi legger til grunn at det fremtidige helsetapet av å utøve eller bli utsatt for vold og overgrep er omtrent i samme størrelsesorden som helsetapet ved omsorgssvikt.

Med utgangspunkt i Helsedirektoratets veileder for hvordan helseeffekter skal behandles i samfunns-økonomiske analyser (Helsedirektoratet, 2021) skal et godt leveår verdsettes til 1,32 millioner kroner når produksjonstap ikke er inkludert (2021-kroner). Dette tilsvarer 1,5 millioner 2023-kroner. Fremtidige gevinster og kostnader verdsettes imidlertid lavere enn tilsvarende verdier i dag. Hvis vi legger til grunn at tiltaket kan bidra til at noen i målgruppen unngår halvparten av helsetapet som voksen, og at det er 20 år som voksen hvor man unngår det årlige helsetapet, tilsvarer det totalt i overkant av 300000 kroner per person i verdi i dag for unngått helsetap over et livsløp.

Vi tar utgangspunkt i den totale målgruppen på 400 personer, og legger til grunn at 75 prosent av målgruppen henvises til tilbudet og at 15 prosent av disse igjen får effekt av behandlingen. Dette tilsvarer 45 personer årlig. Vi forutsetter videre at disse ville ha utøvd vold eller overgrep mot i gjennomsnitt tre personer hver, slik at det er i overkant av 135 potensielle utsatte for vold og overgrep som kan få bedre utfall som følge av tiltaket.

Hvis det legges til grunn at behandlingen gjør at barn og unge i målgruppen som får effekt av tiltaket unngår halvparten av helsetapet, mens de som ville blitt utsatt for vold og overgrep av disse unngår 30 prosent av helsekonsekvensene, tilsvarer det til sammen 38,5 millioner kroner i gevinst i form av unngått helsetap per år.

For pilotperioden foreslås det å teste tiltaket for 10 prosent av målgruppen, tilsvarende 40 barn og unge. Vi legger de samme tallene til grunn, at 75 prosent henvises til tilbudet og at 30 prosent av disse igjen får effekt av behandlingen, som tilsvarer 9 personer årlig. Også her forutsetter vi at disse ville ha utøvd vold eller overgrep mot i gjennomsnitt tre personer hver, og at det gir potensielt 27 utsatte. Med de samme beregningene til grunn tilsvarer dette til sammen 3,8 millioner kroner i gevinst i form av unngått helsetap per år.

Økt trygghet

Vold og overgrep fører til utrygghet både blant de som har blitt utsatt, men også for menneskene rundt den utsatte og samfunnet generelt. Å forebygge eskalering av volds- og overgrepsatferd blant barn og unge kan medføre økt sikkerhet og trygghet, utover de helsemessige gevinstene beskrevet ovenfor.

Økt produksjon

Både å utøve og bli utsatt for vold og overgrep som ung fører til dårligere tilknytning til arbeidslivet som voksen og større sannsynlighet for å motta trygdeytelser. Ambulant spesialisthelseteam kan bidra til å motvirke at barn og unge fortsetter å utøve og utsette andre for vold og overgrep. På den måten kan tilbudet bidra til å unngå dårlige arbeidslivsutfall for både de som utøver og de som potensielt utsettes i fremtiden. Dette innebærer at færre havner utenfor arbeidslivet, at flere kan ha større stillingsprosent og et lavere behov for trygdeytelser.

I 2017 ble det i forbindelse med NOU 2017:12 fra Barnevoldsutvalget gjort beregninger av samfunnskostnader i form av tapt produktivitet senere i livet. Her ble det beregnet at for hvert barn utsatt for alvorlig omsorgssvikt, barnemishandling eller overgrep medfølger det 3 millioner kroner (2015-kroner) i tapt produksjon senere i livet i form av å havne utenfor arbeidslivet, ha forsinket inntreden i arbeidslivet, lavere stillingsprosent og mer ustabil tilknytning til arbeidslivet. Dette er en beregning av nåverdien av kostnader igjennom livsløpet, hvor kostnader i fremtiden har en lavere verdi. Prisjustert til 2023-kroner tilsvarer den tapte produksjonen 3,9 millioner kroner per person som blir utsatt for omsorgssvikt.

Vi legger til grunn at halvparten av de som ville utøvd vold (blant de som får effekt av behandlingen), unngår 15 prosent av det fremtidige inntektstapet. I tillegg legger vi til grunn at 25 prosent av de som ville blitt utsatt for vold og overgrep unngår 7,5 prosent av det fremtidige inntektstapet. Samlet gir dette en gevinst på 22,3 millioner kroner per år.

For pilotperioden og de samme beregningene vurderes gevinsten til å kunne være 2,3 millioner kroner per år.

Redusert frafall fra skole og utdanning

Ungdom som utøver vold i ungdomstiden, har også dårligere framtidsutsikter enn andre unge når det gjelder utdanning (Frøyland, 2020). I tillegg har barn og unge som blir utsatt for vold og overgrep lavere deltakelse på skole og videre utdanning.

Tap av skolegang og utdanning har betydelige konsekvenser videre i livet. Mange av de samfunnsøkonomiske kostnadene ved tapt skolegang og utdanning er arbeidslivsrelaterte, og dekkes derfor i stor grad gjennom virkninger økt produksjon. Samtidig har tapt skolegang og utdanning en rekke andre negative konsekvenser ved at det kan påvirke deltakelse i samfunnet for øvrig, bygging av sosialt nettverk, osv. Tapt skolegang vil også være et tap for samfunnet ved at det gir lavere kunnskapsnivå for samfunnet som helhet.

De samfunnsøkonomiske kostnadene ved tapt skolegang og utdanning er ikke tallfestet i dette arbeidet (utover det som inngår i arbeidslivsrelaterte utfall). Det er imidlertid sannsynlig at det er betydelige gevinster innen dette området dersom tiltakene bidrar til å unngå at unge utvikler volds- og overgrepssadferd og utsetter andre for vold og overgrep.

Redusere behandlingskostnader i helsetjenesten

Både det å utøve og å bli utsatt for vold og overgrep gir negative helsekonsekvenser på kort og lang sikt, som igjen kan medføre økt behov for helsetjenester i et livsløpsperspektiv. Å forebygge av volds- og overgrepssadferd blant barn og unge eskalerer kan bidra til unngåtte behandlingskostnader i helsetjenesten.

En britisk studie fra 2021 beregner behandlingskostnader i helsevesenet for barn utsatt for omsorgssvikt. Her beregnes det 760000 kroner i behandlingskostnader per person på kort sikt og 145000 kroner i behandlingskostnader per person på lang sikt, nåverdi, regnet om til 2023-kr (Conti et al., 2021). Behandlingskostnadene i den aktuelle studien er knyttet til behandling av angst, depresjon, alkohol-misbruk og røyking. Vi legger til grunn at anslagene på behandlingskostnader i helsetjenesten også reflekterer fremtidige behandlingskostnader for barn som utøver eller blir utsatt for vold og overgrep.

Vi legger til grunn at 70 prosent av de som får effekt av behandlingen får reduserte behandlingskostnader i fremtiden. Videre antar vi at av de som ville utført vold og overgrep unngår 30 prosent av de fremtidige behandlingskostnadene ved at de ikke utfører disse handlingene og dermed får et livsløp med færre negative utfall. I tillegg antar vi at de som unngår å bli utsatt for vold og overgrep begått av disse unngår 20 prosent av de fremtidige behandlingskostnadene. Med disse antagelsene lagt til grunn anslår vi gevinsten av reduserte fremtidige behandlingskostnader i helsetjenesten til 25,6 millioner kroner per år.

For pilotperioden anslås gevinsten av å redusere fremtidige behandlingskostnader i helsetjenesten til ca. 2,5 millioner kroner per år.

Unngått ressursbruk i barnevernet

Barn og unge som blir utsatt for vold eller overgrep får oftere hjelp av barnevernet. Flesteparten av de som får hjelp av barnevernet mottar hjelpetiltak. Dersom det foreligger mer alvorlig omsorgssvikt får barn og unge omsorgstiltak fra barnevernet, som innebærer at barnevernet overtar daglig omsorg for dem ved at barn og unge plasseres i fosterhjem eller institusjon. Ambulant spesialisthelseteam kan bidra til at færre barn utfører og utsettes for vold og overgrep, som igjen kan føre til at færre barn har behov for omsorgstiltak eller hjelpetiltak fra barnevernet.

I en analyse gjennomført av Oslo Economics (2021) estimeres gjennomsnittskostnaden for hjelpetiltak for barn som bor hjemme til 4770 kroner per måned, gjennomsnittskostnaden for fosterhjems-plassering til 32794 kroner per måned og gjennomsnittskostnaden for institusjonsplassering til 271553 kroner per måned. I 2023-kroner tilsvarer dette henholdsvis 6 192 kroner, 42 566 kroner og 352476 kroner.

Vi antar at noen av barna som bor på barnevernsinstitusjoner kan få behandling i ambulant spesialisthelseteam. Vi legger derfor til grunn at 10 prosent av barna som oppnår effekt av tiltaket kan få forkortet opphold på institusjon i barnevernet. Gjennomsnittlig lengde på opphold i institusjon er 4,3 år, og vi legger til grunn at de aktuelle barna kan redusere oppholdet med et halvt år. I tillegg legger vi til grunn at halvparten av de som ville blitt utsatt for vold og overgrep av disse får forkortet varig-heten på hjelpetiltak i barnevernet. Gjennomsnittlig lengde på hjelpetiltak er på 5,2 år og vi legger til grunn et halvt års forkortelse av hjelpetiltakene for de som ville blitt utsatt for vold og overgrep. Med disse forutsetningene lagt til grunn anslår vi at gevinsten av redusert ressursbruk i barnevernet til i underkant av 14 millioner kroner per år (usikkerhetsspenn: 0,5-47 millioner kroner).

For pilotperioden anslås gevinsten av redusert ressursbruk i barnevernet til ca. 2,3 millioner kroner per år.

Unngått ressursbruk i justissektoren

Ungdom som utøver vold i ungdomstiden, er oftere involvert i voldskriminalitet og annen kriminalitet senere i livet (Frøyland, 2020). Forskning har vist at voldelig atferd i ung alder henger sammen med senere kriminalitet. I tillegg medfører det å bli utsatt for vold og overgrep som ung økt sannsynlighet for å havne utenfor i samfunnet i voksen alder. Registerdata viser også at barn i barnevernet har en forhøyet risiko for blant annet rusmiddelproblemer og kriminalitet i voksen alder.

Dersom ambulant spesialisthelseteam fører til at man unngår at barn og unge utsetter andre for vold og overgrep, vil dette kunne gi gevinster for samfunnet i form av reduserte lovbrudd i fremtiden. Dette kan igjen føre til redusert ressursbruk i justissektoren knyttet til lovbruddene. Politiet, domstolene og kriminalomsorgen ville i så fall kunne fått redusert sin fremtidige ressursbruk.

Vi tar som i tidligere beregninger utgangspunkt i at 75 prosent av målgruppen henvises til tilbudet og at 15 prosent av disse igjen får effekt av behandlingen, tilsvarende totalt 45 personer. Vi legger videre til grunn at tiltaket forhindrer disse personene fra å til sammen gjennomføre 4 voldsbrudd og/eller overgrep. Det er tidligere beregnet at politiet bruker 1,3 milliarder kroner på voldshendelser (justert til 2023-kr). Med 37 000

anmeldte voldslovbrudd tilsvarer dette om lag 36 000 kroner per voldslovbrudd. I tillegg påløper kostnadene i domstolene. Domstolenes kostnader per mindre alvorlige sak har tidligere blitt beregnet til mellom 5 000 og 37 000 kroner (Oslo Economics, 2021).

Med disse forutsetningene lagt til grunn anslås det at tiltaket kan medføre en fremtidig gevinst i form av unngått ressursbruk i justissektoren på 10 millioner kroner per år (usikkerhetsspenn: 0-67 millioner kroner).

For pilotperioden antas det at tiltaket kan medføre en fremtidig gevinst i form av unngått ressursbruk i justissektoren på ca. 1 million kroner per år.

Forutsetninger for vellykket gjennomføring

For å bidra til at tiltaket gir ønsket effekt, er det flere avgjørende forutsetninger som må på plass. En styrke vil være at tiltaket piloteres parallelt med implementering og testing av øvrige tiltak som også planlegges. Dette kan bidra til å få ut den samlede effekten av tiltakene. Videre vurderes følgende punkter som sentrale:

Ikke en nasjonal behandlingstjeneste

Ambulant spesialisthelseteam bør ikke forskriftsfestet som nasjonal behandlingstjeneste. Det er en fleksibel støtteordning som er rettet mot å styrke lokale tjenester der det mangler kapasitet eller kompetanse i det tilgjengelige tilbudet. Fordi tjenesten ikke er forankret i forskrift om nasjonale tjenester, er det ikke krav om at alle barn og unge med høy risiko må henvises til tjenesten. I områder hvor det allerede finnes et godt etablert tilbud, bør pasientene behandles lokalt.

Kompetent personell

At det lar seg gjøre å rekruttere ansatte til teamet med den nødvendige kompetansen, eller som kan få opplæring for å håndtere de spesifikke problemstillingene de vil møte.

Lokalt samarbeid og forankring

Pilotprosjektet må ha støtte og forankring hos lokale tjenester, og det kreves tett samarbeid mellom kommuner, RHF-er, HF-er og Helsedirektoratet. Dette for å integrere tiltaket i eksisterende strukturer.

Koordineringsansvar

Et utvalgt helseforetak (HF) må få det overordnede ansvaret for å koordinere piloteringen, i samarbeid med øvrige helseforetak, kommuner og andre relevante instanser. Dette for å sikre god styring og samordning av ressursene.

Variasjon i pilotområder

Piloteringen bør gjennomføres i 2-3 geografisk områder som er ulike i form av befolkningstetthet, ressurser osv. Dette for å teste løsningen under ulike forhold.

Lik prioritering

Pilotområdene bør prioriteres likt, uavhengig av nærhet til ansvarlig HF. Dette for at pilotområdene skal ha like muligheter for å lykkes.

Informasjonsdeling og synlighet

Kommunene og tjenestene som arbeider med barn og unge, må være godt kjent med tilbudet. Dette krever målrettet formidling gjennom nasjonale samhandlingsarenaer, nettressurser og informasjonsarbeid i regi av Statsforvalteren.

Finansiering og ressurser

Pilotprosjektet bør ha særskilt finansiering for å kunne gjennomføres som planlagt, uten å gå på bekostning av eksisterende tjenester. Etter prosjektperioden kan midlene overføres til ordinære driftsbudsjett i ansvarlig HF.

Henvisning av målgruppen

Det er avgjørende at de rette pasientene blir henvist til det ambulerende teamet, og at unge i målgruppen faktisk ønsker å motta behandling.

Fortløpende evaluering

Piloteringen må følges opp med kontinuerlig evaluering og justering. Dette innebærer både effekt- og implementeringsforskning for å vurdere resultatene, samt overvåke ressurspress og resultater.

En risiko ved tilbudet er hvorvidt barn og unge med høy risiko for å skade andre ønsker behandling, og om de henvises til tilbudet. Det bør etableres tett samarbeid med konfliktrådet, politiet og barnevernet for å bidra til at målgruppen henvises til tilbudet.

Referanser

Divisjon: Spesialisthelsetjenester og internasjonalt samarbeid

Avdeling: Fagutvikling i spesialisthelsetjenester

Prosjekteier: Torunn Janbu

Prosjektleder: Frida Holmberg Hansen

Fagansvarlig: Martin Sjøly

Tjenestedesigner: Lene Beck

Aase, H., Lønnum, K., Sørli, M., Hagen, K., Gustavson, K., & Utgarden, I. (2020). *Barn, unge og kriminalitet. Hvordan forhindre at barn og unge kommer inn i eller fortsetter med en kriminell løpebane?* Folkehelseinstituttet.

Andershed, A.-K., & Andershed, H. (2019). *Risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende bland unge: Att använda teori och forskning i praktiken*. Socialstyrelsen.

Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *Rehabilitating criminal justice policy and practice*. Psychology, public policy and law, 16, 39–55.

Andrews, D.A., & Dowden, C. (2006). *Risk principle of case classification in correctional treatment*. International offender therapy and comparative criminology, 50, 88–100.

Appelbaum, P. S. (2013). *Public Safety, Mental Disorders, and Guns*. JAMA Psychiatry, 70(6), 565.

Assink, M., van der Put, C. E., Hoeve, M., de Vries, S. L., Stams, G. J., & Oort, F. J. (2015). *Risk factors for persistent delinquent behavior among juveniles: A meta-analytic review*. Clin Psychol Rev, 42, 47-61.

Bambauer, K.Z., & Conner, D.F. (2005). *Characteristics of aggression in clinically referred children*. Cambridge University Press.

Barne- og familiedepartementet (2017). *NOU 2017:12. Svikt og svik – Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*.

Barneombudet (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Bufdir (2019). *Barn og unge som begår eller står i fare for å begå kriminelle handlinger*. Vurdering av utfordringsbildet og anbefalinger til departementenes videre arbeid. <https://konfliktraadet.no/wp-content/uploads/2021/06/Barn-og-unge-som-begar-eller-star-i-fare-for-a-bega-krimin>

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Bifdir (2021). *Risikovurderingsverktøy i arbeid med barn og unge*.

Bernard, A., Martinelli, A., Ackermann, K., Saure, D., & Freitag, C.M. (2018). *Association of trauma, posttraumatic stress disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 91, 153-69.

Billstedt, E., Anckarsäter, H., Wallinius, M., & Hofvander, B. (2017). *Neurodevelopmental disorders in young violent offenders: Overlap and background characteristics*. Psychiatry Research, 252, 234-241.

- Bjørknes, R., Hukkelberg, S., Taraldsen, K., & Høstmælingen, A. T. (2024). *Does Multisystemic Therapy Change Criminogenic Risk Factors? A 10-Year Study Among Norwegian Youths With and Without Offenses*. *Crime & Delinquency*. <https://doi.org/10.1177/00111287241287134>
- Borum, R. (2015). *Assessing violence risk among youth*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 325-339.
- Bright, C. (2015). *Preventing gang and youth violence: A review of risk and protective factors*. Early Intervention Foundation.
- BRÅ (2021). *Strategiska brott bland ungdomar på 2010-talet och faktorer av betydelse för att lämna ett kriminellt liv*. Rapport 2021:5. https://bra.se/download/18.1f8c9903175f8b2aa7087f9/1618295581817/2021_5_Strategiska_brott.pdf
- Buil-Gil, D., Medina, J., & Shlomo, N. (2021). *Measuring the dark figure of crime in geographic areas: Small area estimation from the crime survey for England and Wales*. *British Journal of Criminology*, 61, 364–388.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. J. D. (2000). *Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment*. *Developmental Psychopathology*, 12(3), 467-88.
- Connor, D. F., & McLaughlin, T. J. (2006). *Aggression and Diagnosis in Psychiatrically Referred children*. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 1–14.
- Connor, D. F., Newcorn, J. H., Saylor, K. E., Amann, B. H., Scahill, L., Robb, A. S., ... & Buitelaar, J. K. (2019). *Maladaptive aggression: with a focus on impulsive aggression in children and adolescents*. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 29(8).
- Conti et al. (2021). *The economic costs of child maltreatment in the UK*.
- Corso et al. (2008). *Health-Related Quality of Life Among Adults Who Experienced Maltreatment During Childhood*.
- Cross, T. P., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2005). *Juvenile perpetrators of sexual abuse: A review of characteristics, risk factors, and intervention*. *Aggression and Violent Behavior*, 10(2), 225-246.
- David-Ferdon, C., Vivolo-Kantor, A., Dahlberg, L. L., Marshall, K., Rainford, N., & Hall, J. (2016). *A Comprehensive technical package for the prevention of youth violence and associated risk behaviors*. National Center for Injury Prevention and Control.
- Davies, L. E., & Oliver, C. (2016). *Self-injury, aggression and destruction in children with severe intellectual disability: Incidence, persistence and novel, predictive behavioural risk markers*. *Research in Developmental Disabilities*, 49–50, 291–301.
- Det finnes hjelp. https://detfinneshjelp.no/?gad_source=1&gclid=EAlaIqobChMI0vPH8leBiQMV5gCiAx1LDhmwEAAyASAAEgJ1
- Essau, C. A., Sasagawa, S., & Frick, P. J. (2006). *Callous-unemotional traits in a community sample of adolescents*. *Assessment*, 13(4), 454-69.
- Fairchild, G., Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., Freitag, C. M., & De Brito, S. A. (2019). *Conduct disorder*. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 43.

Ferguson, C. J. (2010). *Media violence effects and violent crime: Good science or moral panic?* In C. J. Ferguson (Ed.), *Violent crime: Clinical and social implications* (pp. 37–56).

Ferguson, C. J. (2010). *Genetic contributions to antisocial personality and behavior: a meta-analytic review from an evolutionary perspective*. *Journal of Social Psychology*, 150(2), 160-80.

Folkehelseinstituttet (2020). *Barn, unge og kriminalitet. Hvordan forhindre at barn og unge kommer inn i eller fortsetter en kriminell løpebane?*

<https://www.fhi.no/contentassets/9edd82a6bff54e488870e612131bb242/barn-unge-og-kriminalitet-20202.pdf>

Folkehelseinstituttet (2020). *Oversikt over systematiske oversikter. Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger.*

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/tiltak-for-barn-og-unge-med-atferdsvansker-eller->

Folkehelseinstituttet (2020). *FORSKNINGSKART. Norsk forskning om forebyggende tiltak og hjelpetiltak mot vold i nære relasjoner.*

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/norsk-forskning-om-forebyggende-tiltak-og-hjelp->

Folkehelseinstituttet (2023). *Hurtigoversikt. Barn og unge som utøver alvorlige handlinger mot andre.*

<https://www.fhi.no/contentassets/76f3fe2ce9854718ba59c43945b3ab32/barn-og-unge-som-utover-alvorlige-handlinger-mot-andre.pdf>

Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). *Conduct problems in youth and the RDoC approach: A developmental, evolutionary-based view*. *Clinical Psychology Review*, 64, 57–76.

Forsman, M., Johansson, A., Santtila, P., Sandnabba, K., & Långström, N. (2015). *Sexually coercive behavior following childhood maltreatment*. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 149–156.

Fox BH., Perez N., Cass E., Baglivio MT., Epps N. (2015). Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders, *Child Abuse & Neglect*, Volume 46, 2015, Pages 163-173, ISSN 0145-2134, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.01.011>.

Frick, P. J. (2012). *Developmental Pathways to Conduct Disorder: Implications for Future Directions in Research, Assessment, and Treatment*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(3), 378–389.

Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). *Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review*. *Psychological Bulletin*, 140(1), 1.

Friestad, C. (2024). Personlig kommunikasjon.

Frøyland (2020). *En studie av unge voldsutøvere i Norge – beskyttende faktorer og risikofaktorer.*

Girard, L.-C., Tremblay, R. E., Nagin, D., & Côté, S. M. (2019). *Development of aggression subtypes from childhood to adolescence: A group-based multi-trajectory modelling perspective*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, 825–838.

Griffith Youth Forensic Service (GYFS).

<https://www.griffith.edu.au/criminology-institute/griffith-youth-forensic-service/about-us>

Grisso, T. (2008). *Adolescent Offenders With Mental Disorders*. *The Future of Children*, 18(2), 143-164.

- Hackett, S., Holmes, D., & Branigan, P. (2016). *Harmful sexual behaviour framework: An evidence-informed operational framework for children and young people displaying harmful sexual behaviours*.
- Hansen, I. L. S., Jensen, R. S., & Fløtten, T. (2020). *Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge* (FAFO-rapport 2020:02).
<https://fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/trobbel-i-grenseflatene>
- Harrington, R., & Bailey, S. (2020). *Youth Violence: A Public Health Approach*. World Psychiatry, 19(1), 49-50.
- Heckman, J. J. (2008). *Schools, skills, and synapses*. Economic Inquiry, 46, 289-324.
- Helse Sør-Øst RHF (2024). Oppdragsdokument 2024 Helse Sør-Øst RHF.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2024-hel>
- Helse Vest RHF, Trippelprosjektet SSA.
<https://www.helse-vest.no/helsefagleg/trippelprosjektet-ssa/#:~:text=Det%20er%20i%202023%20inng%C3%A5t>
- Helsedirektoratet. Atferdsforstyrrelser. [Atferdsforstyrrelse/trasslidelse \(veiledende frist 12 uker\)](#)
- Helsedirektoratet. Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus. [Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus](#)
- Helsedirektoratet. Henvisningsveileder. [Henvisningsveileder: Innholdet i henvisningen](#)
- Helsedirektoratet. Psykisk helsevern for barn og unge. [Fagspesifikk innledning - psykisk helsevern for barn og unge](#)
- Helsedirektoratet. Utviklingsforstyrrelser. [Utviklingsforstyrrelser/autismespekter tilstander, mistanke om gjennomgripende forstyrrelser/tilstander \(veiledende frist 12 uker\)](#)
- Helsedirektoratet (2018). *Utredning av risiko for vold ved alvorlig psykisk lidelse – bruk av strukturerte kliniske verktøy*. [Voldsriskoutredning ved alvorlig psykisk lidelse](#)
- Helsedirektoratet (2021). Konseptutredning: Lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å utøve PSA/SSA mot andre barn og unge (2021).
- Helsedirektoratet (2021). *Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser*.
- Helsedirektoratet (2022). *Nasjonal strategi for helsesektorens arbeid med personer som utøver vold eller overgrep*.
[/helsedirektoratet/tema/vold-og-overgrep/nasjonal-strategi-for-helsesektorens-arbeid-med-personer-som-utover-](#)
- Helsetilsynet (2019). *Omsorg og rammer - Når barn trenger mer*.
<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2019/omsorg-og-rammer-naar-barn-trenger-r>
- Hoge, R. D. (2021). *The Youth Level of Service/Case Management Inventory*. In Handbook of violence risk assessment (2nd ed.). <https://doi.org/10.4324/9781315518374-12>
- ICD-10 (2008). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. <https://finnkode.helsedirektoratet.no/icd10/chapter>

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Dodge, K. A., Rutter, M., Taylor, A., & Tully, L. A. (2005). *Nature X nurture: genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems*. *Developmental Psychopathology*, 17(1), 67-84.

Jensen, M. (2023). *Problematiske og skadelige seksuelle atferd blant barn: Begreper, karakteristika og vurdering i norsk kontekst*. Avhandling.

Kanne S.M. and M.O. Mazurek J. (2011). *Autism Dev. Disord.* 41, 926-937. PubMed.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20960041/>

Kinge, J. M., Dieleman, J., Karlstad, Ø., Knudsen, A. K., Klitkou, S. T., Hay, S. I., Vos, T., Murray, C. J. L., & Vollset, S. E. (2023). *Disease specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study*. *BMC Medicine*, 21:201.

Klahr, A. M., & Burt, S. A. (2014). *Evaluation of the known behavioral heterogeneity in conduct disorder to improve its assessment and treatment*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(12), 1300–1310.

Kojan BH., Nilsen M., Storhaug AS., Agerup T., Clifford G., Lichtwarck W. (2021) *Barnevernets arbeid med barn og unge som har erfart vold og overgrep i nære relasjoner - en litteraturstudie*. Rapportserie for sosialt arbeid, rapport nr. 3. NTNU.
https://www.ntnu.no/documents/1272526675/1281525946/NTNU_rapportserie_3.pdf

Kriminalomsorgen, BASIS. <https://www.kriminalomsorgen.no/basis.593469.no.html>

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). *The world report on violence and health*. *Lancet*, 360(9339), 1083-8.

Labella, M. H., & Masten, A. S. (2018). *Family influences on the development of aggression and violence*. *Current Opinion in Psychology*, 19, 11–16.

Lønnum, K., Hay, A., Sveinsson, Å., Thøgersen, D. E.-J., & Christensen, B. (2018). *En evidensbasert tiltakskjede for ungdom*. Kontekst online.
<https://www.nubu.no/utgave-1/en-evidensbasert-tiltakskjede-for-ungdomarticle3024-2506.html>.

Lösel, F., & Farrington, D. P. (2012). *Direct Protective and Buffering Protective Factors in the Development of Youth Violence*. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(2), S8–S23.

McAra, L., & McVie, S. (2016). *Understanding youth violence: The mediating effects of gender, poverty and vulnerability*. *Journal of Criminal Justice*, 45, 71–77.

McCann, K., & Lussier, P. (2010). *Antisocial propensity, deviant sexual interests and criminal persistence in sexual offenders: A longitudinal analysis*. *Sexual Abuse*, 22(3), 234-251.

Melby, L., Ulset, G., Paulsen, V., Wågø, S., Høyland, K., & Kaasbøll, J. (2020). *Nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp*. SINTEF akademisk forlag.
<https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2671744/SFag%2b66.pdf?sequence=2&isAllowed>

Menon (2023). *Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner*. Publikasjon nr. 15/2023.
<https://www.menon.no/wp-content/uploads/2023-15-Samfunnsokonomiske-kostnader-av-vold-i-naere-relasjoner>

Moan, I. S., Bye, E. K., & Rossow, I. (2021). *Stronger alcohol-violence association when adolescents drink less? Evidence from three Nordic countries*. European Journal of Public Health, 31(4), 866–872.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab124>

Moffitt, T. E. (1993). *Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy*. Psychological Review, 100(4).

Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). *Common versus specific factors in psychotherapy: Opening the black box*. The Lancet Psychiatry, 4.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA. FACT ung. <https://napha.no/tema/factung>

Nærde, A., Ogden, T., Janson, H., & Zachrisson, H. D. (2014). *Normative development of physical aggression from 8 to 26 months*. Developmental Psychology, 50(6), 1710.

NKVTS (2017). Rapport. *Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd – kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia – forslag til landsdekkende struktur*.
<https://www.nkvts.no/rapport/behandlingstilbudet-til-barn-og-unge-med-problematisk-eller-skadelig-seksuell-atferd>

NKVTS (2020). Rapport. *Innspill til helhetlig og planmessig utvikling av helsesektorens arbeid med personer som har utøvd vold eller seksuelle overgrep*.

NKVTS (2021). Rapport. *Forarbeid til overordnet strategi for helhetlig og planmessig utvikling av arbeidet rettet mot voldsutøvere og overgripere*.

NKVTS (2022). Rapport. *Barn og ungdom som utøver vold, deres psykiske helse og andre risiko- og beskyttende faktorer – en kortfattet kunnskapsoppsummering*.

NKVTS (2024). Rapport. *Kunnskapsoversikt om forekomst, debutalder og utviklingsstier for skadelig aggressiv atferd hos barn og unge*.

Odgers, C. L., et al. (2007). *Neurodevelopmental disorders in young violent offenders*.

O'Brien, K., Daffern, M., Chu, C. M., & Thomas, S. D. (2013). *Youth gang affiliation, violence, and criminal activities: A review of motivational, risk, and protective factors*. Aggression and Violent Behavior, 18(4), 417–425.

Ogden, T. (2010). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom*. Universitetet i Bergen.

Oslo Economics (2021). *Samfunnskostnader ved alkoholbruk*.

Pappadopulos, E., Woolston, S., Chait, A., Perkins, M., Connor, D., & Jensen, P. (2006). *Pharmacotherapy of Aggression in Children and Adolescents: Efficacy and Effect Size*. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 15, 27-39.

Peltonen, K., Ellonen, N., Pitkänen, J., Aaltonen, M., & Martikainen, P. (2020). *Trauma and violent offending among adolescents: A birth cohort study*. Journal of Epidemiology and Community Health.
<https://doi.org/10.1136/jech-2020-214188>

Politiet (2024). *Politiets trusselvurdering 2024*.
<https://www.politiet.no/globalassets/tall-og-fakta/politiets-trusselvurdering-ptv/politiets-trusselvurdering-2024.pdf>

PST (2024). *Nasjonal trusselvurdering 2024*.

https://www.pst.no/globalassets/2024/nasjonal-trusselvurdering-2024/nasjonal-trusselvurdering-2024_uuweb.pdf

Reid, J. S. (2024, mai). *Flere opplever vold og trusler*. SSB.

<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-ogkriminalitet/kriminalitet-og-rettsvesen/statistikk/utsatthet-og-uro-for-lovbrud>

Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). *The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations*. Journal of Experimental Criminology, 11(4), 597–630.

Seto, M. C., Kjellgren, C., Priebe, G., Mossige, S., Svedin, C. G., & Långström, N. (2010). *Sexual coercion experience and sexually coercive behavior: A population study of Swedish and Norwegian male youth*. Child Maltreatment, 15, 219–228.

Skogen, J. C., & Torvik, F. A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Rapport FHI, 4.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport-20134-pdf.pdf>

Sontate, K. V., Rahim Kamaluddin, M., Naina Mohamed, I., Mohamed, R. M. P., Shaikh, M. F., Kamal, H., Kumar, J. (2021). *Alcohol, Aggression, and Violence: From Public Health to Neuroscience*. Frontiers in Psychology, 12, 699726.

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (2020). *Ungdom med uavklart tilstand. Samhandling mellom kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester og BUP*. Rapport 3-2020.

https://ukom.no/rapporter/ungdom-med-uavklart-tilstand/ungdom-med-uavklart-tilstand/_attachment/download/C

Steeg, S., Webb, R. T., Mok, P. L. H., Pedersen, C. B., Antonsen, S., Kapur, N., & Carr, M. J. (2019). *Risk of dying unnaturally among people aged 15–35 years who have harmed themselves and inflicted violence on others*. The Lancet Public Health, 4(5), e220–e228.

Stenbacka, M., Moberg, T., & Jokinen, J. (2019). *Adolescent criminality: Multiple adverse health outcomes and mortality pattern in Swedish men*. BMC Public Health, 19(1), 400.

Thøgersen, D. M., & Bjørnebekk, G. (2022). *Possible Interventions for Preventing the Development of Psychopathic Traits among Children and Adolescents?* International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(1), 409.

Thøgersen, D. M., Bjørnebekk, G., & Elmoose, M. (2022). *Behavioral Improvements but Limited Change in Callous-Unemotional Traits in Adolescents Treated for Conduct Problems*. Journal of Child and Family Studies, 31, 3342–3358.

Tremblay, R. E. (2022). *The Development and Prevention of Physical Aggression*. Encyclopedia on Early Childhood Development.

Tremblay, R. E., Vitaro, F., & Côté, S. M. (2018). *Developmental Origins of Chronic Physical Aggression: A Bio-Psycho-Social Model for the Next Generation of Preventive Interventions*. Annual Review of Psychology, 69(1), 383–407.

Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Piquero, A. R., & DeLisi, M. (2016). *Protective factors against offending and violence: Results from prospective longitudinal studies*. Journal of Criminal Justice, 45, 1–3.

Vizard, E. (2013). *Practitioner Review: The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse – assessment and intervention*. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54, 503-515.

von Tetzchner, S. (2020). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Gyldendal.

Whipp, A. M., Vuoksima, E., Bolhuis, K., de Zeeuw, E. L., Korhonen, T., Mauri, M., Pulkkinen, L., Rimfeld, K., Rose, R. J., Beijsterveldt, C. E. M., Bartels, M., Plomin, R., Tiemeier, H., Kaprio, J., & Boomsma, D. I. (2021). *Teacher-rated aggression and co-occurring behaviors and emotional problems among schoolchildren in four population-based European cohorts*. PLOS ONE, 16(4), e0238667.

World Health Organization (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. <https://iris.who.int/handle/10665/326320>

World Health Organization (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (2023). *Youth violence*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>

Wormith, J. S., & Bonta, J. (2021). Risk/need assessment for adults and older adolescents: The level of service (LS) instruments. In K. S. Douglas & R. K. Otto (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (2nd ed., pp. 159–190). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315518374-11>

Zhang, D., D.E. Barrett, A. Katsiyannis, and M. Yoon. (2011). "Juvenile Offenders with or without Disabilities: Risk and Patterns of Recidivism." *Learning and Individual Differences* 21:12-18.

Zhong, S., Yu, R., Fazel, S. (2020). Drug Use Disorders and Violence: Associations With Individual Drug Categories, *Epidemiologic Reviews*, Volume 42, Issue 1, 2020, Pages 103–116,
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxaa006><https://doi.org/10.1093/epirev/mxaa006>

