

## 5. Hvordan er høringsinnspillet forankret? \*

- ☐ Politisk ledelse
- ☒ Administrativ ledelse
- ☒ Faglig ledelse
- ☐ Annet/ikke relevant

## Fremhevede spørsmål

## 6. I hvilken grad vurderer du/dere at ambulant spesialisthelseteam kan bidra til å redusere forekomsten av alvorlig vold og overgrep blant barn og unge med høy risiko for å skade andre? \*

	I liten grad	I stor grad	Vet ikke
Spørsmål	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

## 7. Utdyp svaret over \*

Den grundige prosessen som ligger bak konseptutredningen, bør etter vår mening gi en god oversikt over variabler sentrale for å evaluere en eventuell pilotering av ambulant spesialisthelseteam.

Dersom ambulante spesialisthelseteam skal fungere etter intensjonene - reduksjon av problematferd og øket livskvalitet - avhenger dette av nettopp hensiktsmessig organisering, riktig kompetanse og tverrfaglig og -sektoriell samhandling.

Sist, men ikke minst, bør en også ha som mulighet at det ikke er hensiktsmessig med egne ambulante spesialisthelseteam for denne problematikken.

Piloteringen bør ta sikte på å fange opp indikatorer også på dette. For eksempel kan den spesifikke kompetansen som etterspørres/tolkes som mangelvare, tenkes å best komme til nytte når den implementeres i eksisterende arbeidsformer/tiltak. Eller det kan tenkes at kompetansen allerede finnes, men at dette ikke kommer tydelig frem fordi en egentlig har spurt om fenomenforståelse for en relativt ny og avgrenset kategori atferd (som har store overlapp med annen problematikk). Dersom fagpersoner som har erfaring med utredning og behandling av problematikk som atferdsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, nevro/-utviklingsforstyrrelser og rus har svart at de mangler kompetanse på skadelig aggressiv atferd, er dette noe merkelig. Både utredningene, risikovurderingene og prinsippene for behandling og oppfølging overlapper i stor grad med det som gjelder skadelig aggressiv atferd. Særlig merkelig er det dersom erfaringene stammer fra tjenester som arbeider akutt og/eller ambulerende, hvor risikovurderinger, kriseplaner og oppfølging av slike er en naturlig og nødvendig del av arbeidet. På systemnivå står en derfor i fare for å finne opp kruttet på nytt fordi en har blitt presentert for et nytt begrep eller kategori. En bør i hvert fall være oppmerksom på muligheten for dette.

Både konseptutredningen og dette høringsutkastet bygger på fenomenforståelse av særlig skadelig aggressiv og seksuell atferd. Dette er viktig for å skulle vurdere særskilte tiltak. Herunder ligger imidlertid en utfordring i tillegg.

Arbeidet synes i langt mindre grad å vektlegge sammenhenger og overlapp mellom ulike kategorier av utfordringer og tiltak/arbeidsmåter, hvordan ulike måter å kategorisere satsninger på påvirker tjenesters mandater og hvordan de måler effekt, og endelig om hvordan systemutvikling på bakgrunn av kategorier påvirker utfordringene vi har i våre psykisk helsetjenester i dag. Erfaringen er at det i dag fører til en (for stor) mengde mer eller mindre fragmenterte tjenester. Undertegnede er usikker på hvorvidt dette aspektet er nyttig her, og antar det ligger utenfor arbeidsgruppens mandat og muligheter å ta stilling til dette fullt ut. Velger likevel å peke på dette bakteppet, herunder bekymringen for mangelen av personell i fremtiden, blant annet adressert av helsepersonellkommissjonen. Når en vet at ett enkelt menneske etter denne (kategori-) logikken i tjenesteutvikling ofte vil «tilhøre» multiple kategorier (jfr. det som i dette utkastet er «målgruppen»), og hver kategori i stort omfang skal ha egne satsninger og opplegg rundt seg, går det rett og slett ikke opp med tanke på ressurser. Økonomisk sett synes dette heller ikke å være noen suksessoppskrift. Dette må likevel ikke misforstås dit hen at kunnskap om kategorier (som diagnoser, fenomener, nasjonale satsningsdefinisjoner, målgrupper og metoder) ikke er viktig – tvert imot. Meningen er å peke på at dette («fagspesifikk kompetanse») ikke er nok, men kan «stjele» ressurser fra annen satsning, og at tiltak med fordel kan sees i sammenheng i større grad enn i dag. Dette vil kunne bidra til mer sammenhengende og kvalitativt gode psykisk helsetjenester.

Vektingen i denne sammenhengen synes å være opp mot punkt 1 i tiltakspakken – styrke eksisterende tjenester. Særlig dersom disse tjenestene vektlegger å styrke naturlige arenaer i barn og unges liv.

## 8. I hvilken grad vurderer du/dere at ambulant spesialisthelseteam kan bidra til et mer likeverdig behandlings- og oppfølgingstilbud for barn og unge med høy risiko for å skade andre? \*

	I liten grad	I stor grad	Vet ikke
Spørsmål	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 9. Utdyp svaret over \*

Når offentlig tjenesteutvikling innen psykisk helse skal vektlegge betingelser for tilgjengelige og likeverdige tjenester, peker dette ofte på at hvor en bor og hvem en er skal bety minst mulig for kvalitet og tilgjengelighet. Likeverdig betyr imidlertid ikke lik, nettopp fordi kontekstene er ulike og krever regionale og lokale tilpasninger etter befolkningens behov og tjenestenes handlingsrom akkurat der det gjelder. I denne sammenhengen, for utøvere av/med høy risiko for vold, peker likeverdig på at helsetjenestene i størst mulig grad skal følge hjelpesporer – i motsetning til særlig straffesporer – i utvikling og gjennomføring av tiltak. Likeverdig trenger fremdeles ikke bety likt, og bør heller ikke bety det, siden betingelsene som leder frem til problematferden varierer og overlapper med andre problemstillinger. Lik tilgang til kompetansen et ambulant spesialisthelseteam er ment å besitte er viktig. Hvordan denne kompetansen kommer til sin rett, er et annet spørsmål. I tillegg er det viktig at unge i målgruppen har likeverdig tilgang til også annen hjelp, herunder at satsningen på SAA ikke kommer i veien for dette.

## Utøverperspektivet

Et fenomen, for eksempel vold, har flere aktører, sammenhenger det oppstår i og faktorer som påvirker sannsynligheten for at det skal oppstå. Når utøverperspektivet trekkes frem som hovedfokus i satsninger, som ved SSA og SAA, kan dette øke sannsynligheten for at også utøvere får likeverdig oppfølging og at problematikken reduseres. Et hensyn bak dette er at utøvere lett kan utløse sinne i befolkningen og «berøringsangst» eller straffeiver i tjenestenes responser, noe som går ut over hjelpen som gis og utviklingen av det samfunnet vi ønsker å være. Konseptutredningen og ambulante spesialisthelseteam kan bidra til ønsket utvikling, så fremt sammenhengene ikke mistes av syne.

Et utøverperspektiv er nettopp dét, et perspektiv, og nytten av å innta dette perspektivet avhenger av at vi ikke behandler det som noe annet. Det er en del av en større problemforståelse, som for eksempel om hvorfor muligens stadig mer alvorlig vold utøves av unge mennesker, men det er ikke hele problemet. For eksempel kan utenforskap være en del av samme problemkompleks. Utøverperspektivet kan gi retning til tiltak, som ambulerende spesialisthelseteam er et eksempel på, som er et svar på spørsmålet om hvordan vi så tidlig som mulig kan forebygge negativ utvikling. Men det er ikke hele svaret. For eksempel kan delaktighet i skolen være et like sentralt svar. Selvfølgelig kan ingen tjenester eller satsninger svare ut alle deler av et problem alene, men satsningene må likevel kunne understøtte hverandre og sees i sammenheng. Dette stiller krav til tjenesteutøverne og myndighetene som utformer retningslinjene. En utfordring i dette høringsutkastet har sammenheng med at det legger opp til at terskelen for inntak i spesialisthelsetjenesten reduseres.

På den ene siden kan en si at dersom unge i målgruppen skal få tilgang til tjenester organisert under spesialisthelsetjenesten, kan selvsagt ikke inklusjonskriteriene stå i veien for at de skal kunne få denne hjelpen. Ulempen på den annen side innebærer at organiseringen forsterker logikken om at spesialistkompetanse er snever og kategorifokusert, og at det er nettopp denne hjelpen de unge er i behov for. Florskelpregede uttalelser fra ulike aktører, som «rett hjelp til rett tid», bidrar til å forsterke denne tendensen. En alternativ retning er å forsterke tjenester på arenaer nært knyttet til der utfordringene utspiller seg, det vil si høy kompetanse på lavt oppfølgingsnivå, særlig når en skal adressere fenomener som har stor sammenheng med kontekstuelle omstendigheter. Vold er et slikt fenomen, og organiseringen av tiltak bør gjenspeile dette.

## 10. Vurderer dere at målgruppen (barn og unge med høy risiko for å skade andre fra 10-18) vil bli henvist til tilbudet? Hvilke utfordringer ser dere eventuelt ved den skisserte henvisningsprosessen? \*

## Gradering

Tilbudet baseres seg på at tjenestene er i stand til å gradere risiko. Dette skilles fra gradering av den observerte atferden, siden sistnevnte kun er elementer i risikovurderingen. Historikk like så, selv om historikk og observert atferd (hyppighet, kontekst, alvorlighet, etc.) er hovedgrunnlag for risikovurdering. Vi vet fra tilgrensende områder, som vurdering av selvmordsrisiko, at gradering av fremtidig risiko er vanskelig å oppnå i praksis. Kanskje kan fenomenenes forskjellighet innebære at det er enklere å predikere voldsatferd enn selvmordsforsøk, men dette synes usikkert. Uansett bør det stilles spørsmål til om en når de personene tilbudet er ment å være der for, og piloteringen bør evalueres mtp dette.

## Medvirkning

Motivasjon, grad av frivillighet/medvirkning og sammenhengen med livsarenaer og tjenester er faktorer som påvirker om målgruppen vil ta imot og gjøre seg nytte av tilbudet. Da en antar at motivasjonen til de unge i denne målgruppen i hvert fall vil variere, påvirker dette om henvisningen har en hensikt. En faktor her kan (som nevnt) være hvor ambulant spesialisthelseteam – eller personell med slik kompetanse - er forankret, og hvem de primære samarbeidsinstansene vil være. Viktigheten av nettverksfokus i tiltakene antas viktig i det oppfølgende arbeidet, og tjenester i førstelinjen (som utkastet påpeker) vil da naturlig være viktige for at tiltakene skal kunne settes inn på naturlige arenaer.

## Målgruppe

Målgruppen er her definert etter problembeskrivelse (barn og unge med høy risiko for å skade andre). Som med alle andre målgrupper definert på grunnlag av problematikk, vil det nødvendigvis være overlapp til mange andre målgruppebeskrivelser. Dette betyr at samme person vil tilhøre mange målgrupper, alt ettersom hvordan de er definerte. Sammenhengen mellom ulike målgrupper sier ikke noe om kausalitet – hva som fører til hva, eller hva som er hhv.

utløsende og/eller vedlikeholdende betingelser – og en kan derfor ikke kun basert på inklusjonskriterier eller forskning på overlapp si noe om hvilken hjelp det vil være hensiktsmessig å gi på hvilke tidspunkter. For eksempel kan det være hensiktsmessig for én person med skadelig aggressiv atferd og samtidig nevro-/utviklingsforstyrrelser å starte med tilrettelegging for lærevansker på skolen, mens for en annen vil det være best å begynne med nettopp tiltak og behandling mot skadelig aggressiv atferd.

Betydningen av dette er at det i noen tilfeller kan tenkes å være feil – i betydningen ikke hensiktsmessig eller virksomt på sikt – å starte med tiltak som her piloteres, i hvert fall ikke dersom det går på bekostning av andre tiltak mot andre problemer som går under radaren eller nedprioriteres. Her er det viktig å påpeke at høy risiko for personskafe selvsagt gir en viktig pekepinn for at hensiktsmessig prioritering er tiltak for å beskytte liv og helse, særlig på kort sikt. Da er det imidlertid viktig å være oppmerksom på at de samme tiltakene ikke nødvendigvis vil gi endring på lengre sikt. Et premiss for vellykket pilotering synes derfor å være at tjenestene innehar tilstrekkelig analyse- og vurderingskompetanse når de skal finne riktig rekkefølge på tiltak, når de skal endre oppfølgingsform og innhold underveis, samt når de skal vurdere (annen) hensiktsmessig oppfølging.

Svært mange psykisk helsetjenester må forholde seg til problemstillinger rundt hvem gjør hva, når og hvorfor når vi skal tilby helhetlig oppfølging som virker. For eksempel vil en god vurdering av rett til nødvendig helsehjelp innebære dette, i tillegg til en vurdering av problematikken som beskrives. Dersom inklusjonskriteriene og de tilhørende tiltakene blir for ensrettede, og ikke gis i sammenheng med andre tiltak, står en i fare for ytterligere å fragmentere hjelpetilbudene vi tilbyr. Når høringsutkastet vektlegger fagspesifisitet som kriterium for kompetansebehovet i spesialisthelseteamet, innebærer dette en risiko for å forsterke denne trenden.

## Innspill etter kapitteinndeling

## 11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

Politikk handler i stor grad om ressursfordeling. Også innen psykisk helsefeltet er dette viktig, siden alle ikke kan gjøre alt. Og heri ligger muligens piloteringens sterkeste kort; sette av ressurser til ansatte dedikert til en et problemområde. Ambulerende og oppsøkende virksomhet kan være viktig for mange problemstillinger og grupper, særlig de som av ulike grunner vil ha vansker med å ta imot hjelp på annet vis, og når problematikken er forbundet med høy fare for liv og helse. Kunnskap om hvor de unge med risikoatferd befinner seg, deres nettverk, hverdag, utfordringer og styrker er viktig for å kunne komme i posisjon til å gi hjelp. Dette er informasjon som også andre involverte tjenester kan ha bruk for, og som kan være referansepunkt når samhandlingsarenaer skal etableres, så lenge ikke mange ulike aktører egentlig gjør det samme eller mener noen andre enn dem burde gjøre noe istedenfor dem. Når utkastet beskriver kompetansebehovet til tjenesten, blir rasjonalen langt mer usikker.

Når utkastet referer til «fagfeltet», er det usikkert hva som skiller dette fra andre «fagfelt». Det første formålet til ambulant spesialisthelseteam i utkastet peker på sekundær- og tertiærforebygging. I teksten for øvrig skilles lite mellom forebygging, oppfølging og behandling, og hvilken kompetanse som trengs for å gjøre det ene eller det andre. I seg selv er ikke dette en stor utfordring, siden kapittelet peker på faktorer som gjelder alle tjenester som har til hensikt å være til hjelp for utsatte grupper. Dette gjelder både «håndtering av risikoatferd» evnen til «klinisk og profesjonell vurdering» og intensjonen om «helhetlig pasientforløp»; dette er på ingen måte kompetanse eller faktorer som begrenser seg til én problemkategori, metodikk eller modell. Utfordringen er at tiltakene i utkastet kan gi inntrykk av at dette er unikt for unge i akkurat denne målgruppen, noe som ikke er tilfellet. Forskning på SSA og SAA peker selvsagt på sammenhengen dette har med andre typer problemer. Det samme gjør forskning på andre problemområder, uten at dette trenger å si noe om kausalitet/ årsakssammenhengen mellom disse problemene. Når utkastet peker på andre problemområder som «risikofaktorer for voldelig atferd og SSA», er ikke dette mer «sant» enn at voldelig atferd og SSA kan være «risikofaktorer» for andre problemer (for eksempel traumelidelser). Dette innebærer at når en tenker for snevert om kompetansebehov, og når ressursfordelingsspørsmål blandes sammen med faglige perspektiver, vil dette underbygge trenden med fragmenterte tjenester med overlappende agendaer på den ene siden og kunstig fokus på «eget» problemområde på den annen. Når FACT Ung-teamet, ambulant spesialisthelseteam for SAA, Politiet og MST-PSB på rekke og rad banker på døra, samtidig som at ungdommen ligger i senga med innkalling til traumebehandling i hånda, synes ikke løsningen å ligge i hver av disse aktørenes spisskompetanse på sin «bit» av det hele.

«Funksjoner» i utkastet peker på tiltak sentrale for mange/de fleste andre mulige målgrupper og problemområder, «fleksibilitet» like så. «Eksklusjonskriterier» peker på mulige utfordringer på gruppenivå, både når det gjelder grenseoppganger til annen problematikk og hvilke tjenester som skal håndtere dette, og synes bedre å egne seg som viktige vurderingsmomenter i individuelle vurderinger enn absolutter (selv om avgrensingene er gode). Hva som er «riktig kompetanse» i det ambulante spesialisthelseteamet bør være utgangspunkt for grundig evaluering. Andre avsnitt under «mangel på helsepersonell», om ressursbruk, er en god målsetting. Om tiltaket ambulant spesialisthelseteam svarer opp denne intensjonen i praksis, bør være en av kjernepunktene i evalueringen. Vi vil her påpeke at det ikke er metodene som er kunnskapsbaserte (de er gjerne evidensbaserte), men måten de brukes på kan være det. Det er derfor vi snakker om kunnskapsbasert praksis, som understreker metodebruk avhenger av annen kompetanse i tillegg.

## 12. Målsetning

Det bør være en målsetting med piloteringen å se på effekt også på andre problemområder og målgrupper. Dette for å holde øye med om en ikke bare «flytter» unge i målgruppen over i andre kategorier. Ressursbruken bør også vurderes i forhold til dette, og en burde se andre satsninger og tjenester, som opererer etter like eller overlappende prinsipper, modeller eller metoder, i sammenheng i større grad.

Det bør etter dette vurderes om ambulant spesialistteam – eller personell med relevant kompetanse - bør forankres i team/enheter/tjenester med høy generalistkompetanse og høy dialog- og samhandlingskompetanse.

## 13. Målgruppe

Kapittelet gir en god gjennomgang av utfordringsbildet, herunder den komplekse sammenhengen mellom ulike faktorer og betingelser. Utkastet peker på utfordringer ved å skille mellom moderat og høy risiko for vold, samt på hvordan ulike betingelser taler imot en satsning som innebærer «one size fits all». I tillegg erkjennes det at andre innfallsvinkler enn det som her er foreslått pilotert kan ha effekt på problemkomplekset som her er i fokus. I tillegg gir kapittelet en rasjonal for hensikten med å adressere utøverperspektivet i voldsfenomenet blant unge, både særskilt og i sammenheng med andre utfordringer. Der ligger imidlertid en utfordring i hvordan en går fra en spesifikk kategori til spesifikke tiltak som skal måles ut ifra en spesifikk effekt. Se for øvrig ovenfor.

## 14. Utfordringsbildet

Det kan være gode grunner til å hevde at «et behandlingstilbud til barn og unge med høy risiko for å utøve vold og SSA» er en vei å gå, så lenge «behandling» ikke utelukker eller går på bekostning av forebygging, helsefremming, annen tjenesteyting eller god tverrfaglig og -sektoriell samhandling. Dette kapittelet setter noen utfordringer med utkastet på spissen.

Når pårørende savner at hjelpeapparatet er mer interessert i årsakene bak atferden, gjelder dette generelt og ikke kun vold og SSA. Dette bør da adresseres overordnet i hjelpeapparatet, og ikke bare når det gjelder vold, SSA og utøverperspektivet. Det synes høyst usikkert om ambulerende spesialisthelseteam vil bøte på dette.

Når innsikten har avdekket betydelig variasjon i «gode og systematiske behandlingstilbud til barn og unge med høy atferds- og utageringsproblematikk», kan dette like gjerne handle om mangel på personell som at tilgjengelig personell ikke har hensiktsmessig kompetanse. «Atferds- og utageringsproblematikk» er ingen ny problematikk, og det har i en årrekke vært rullet ut kompetansehevingsprogrammer – rettet mot både individ og system – på både kommunalt nivå og på spesialisthelsetjenestenivå. En kombinasjon av familie- og nettverkstiltak og metodikk basert på kognitiv atferdsterapi, som ofte er foretrukket, går som en rød tråd gjennom dette.

At kommunale helse- og omsorgstjenester «ofte mangler fagspesifikk kompetanse og verktøy for å kunne jobbe systematisk med både identifisering og oppfølging», er et generelt problem. Et annet problem er når tjenestene har kompetanse om én særskilt problematikk, og at oppfølgingen ensidig følger dette perspektivet.

Kunnskapen på feltet sier selvsagt at riktig og tilpasset hjelp er avgjørende. Viktigere er at «riktig hjelp» er «tilpasset hjelp». Det er også riktig at hjelpeapparatet er preget av manglende koordinering og fragmenterte tjenester. Også dette er generelt på tvers av problematikk. En viktig bakgrunn er at der finnes en rekke mer eller mindre overlappende satsninger og tjenester, med ulike navn og beskrivelser av sine mandater, som både ansatte og brukere finner det utfordrende å navigere i. Og jo flere tjenester som finnes, jo flere overganger og jo flere aktører skal samkjøre sine innsatser. Problemet er jo nettopp som utkastet påpeker, at «ulike tjenester ser ofte problemet fra forskjellige perspektiver, noe som fører til at tiltakene ikke blir samordnet eller tar hensyn til barnets totale situasjon». Og en viktig grunn til det er at tjenestene blir bedt om å ha fokus på sin del av helheten når tjenestene baseres på snevre kategorier. Det hjelper ikke nok at alle tjenestene blir bedt om å samarbeide med alle og ta alt i betraktning, når grunnlaget for at de etablerte er nettopp den spesifikke delen, og når summen av slike deler og tjenester blir stor og uoversiktlig.

Manglende systematikk er et problem. Men systematikk (og bruk av samme) metodikk eller verktøy er ikke det samme. Systematisk bruk av verktøy og metodikk er ofte lurt, men bruken av dem, også når det gjelder vurdering av risiko, må i tillegg baseres på samhandling og nettopp «erfaring og skjønn». Dersom det ikke er dette som ligger i «klinisk og profesjonell vurdering», er det vanskelig å se hva det i så fall skal være. Det er videre vanskelig å se for seg at «tilpasset hjelp» kun skal komme fra bruk av «systematiske verktøy». Videre synes det uklart når utkastet vil møte målgruppens «sammensatte vansker» med «fagspesifikk kompetanse», men skal logikken følges må det innebære et argument for å forsterke eksisterende tjenester.

## 15. Alternative muligheter

Utkastet påpeker, som riktig er, at risiko for noe ofte har sammenheng med risiko for noe annet. Dette er et argument for helhetlige tilnærminger, og ikke nødvendigvis «fagspesifikke» tjenester, med mindre det fagspesifikke er en del av solid generalistkompetanse som tilbys helhetlig. Som utkastet også påpeker, er det viktig med tidlig hjelp. Det er viktig med tilpasset hjelp tidlig, som poenget med graderte innsatser i dokumentet understøtter. I tillegg bør hjelpen være tettest mulig knyttet til de naturlige arenaene i unges liv, og de ulike tjenestene bør ha som overordnet målsetting å styrke disse.

Argumentene for å pilotere/etablere ambulant spesialistteam overlapper med argumentene for å styrke hjelpetjenester som for eksempel FACT Ung med hensiktsmessig kompetanse (dersom de ikke allerede har den). Begrensninger i dagens situasjon forklares i utkastet i stor grad med tjenestenes mandater, ikke nødvendigvis mangel på kompetanse. En kompetanseheving trenger ikke nødvendigvis være omfattende, siden oppfølging av unge utøvere av vold og SSA følger kjente prinsipper. Alternativ to – pilotering – beskriver «egenskaper» i teamet av generell betydning for både ambulerende og til en stor grad også andre tjenester. Vi vil understreke at kompetansen som kreves for at disse egenskapene skal kunne finne sted, bør beskrives som kompetansebehov på linje med «fagspesifikk» kompetanse og «erfaring med risikoatferd».

Ved en eventuell pilotering støttes en hybridmodell for organisering.

## 16. Kostnader

Ingen kommentarer.

## 17. Gevinster

Gevinstene må sees i forhold til om intensjonene oppfylles, og knyttes til gode variabler for evaluering. På generelt grunnlag mener vi at usikkerhet omkring effekt i kroner og øre ikke bør komme i veien for gode satsninger, da helseeffekter/fravær av negative helseeffekter er vanskelig å måle.

Momentene om reduksjon i ressursbruk i ulike sektorer bør, i tillegg til effektevaluering av tiltaket i seg selv, sees i forhold til ressursbruk knyttet til overganger mellom tjenester, oppfølgingsnivåer og komplisert byråkrati for å skille disse fra hverandre og gjøre dem tilgjengelige og tydelige. Ellers ingen kommentarer.

## 18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

Dette kapittelet har gode og viktige momenter. Selv om de skulle bli vanskelig å gjennomføre fullt ut i praksis, innebærer de gode vurderingsmomenter i evaluering og korrigerings.

## Generelle innspill

### 19. Øvrige eller mer overordnede innspill til konseptforslaget?

Vi vil igjen takke for muligheten til å uttale oss om dette. Selv om mange av innspillene er problematiserende, innebærer arbeidet som er lagt ned i konseptutredningen mulighet til drøftinger og øket kunnskap som ville ha vært vanskeligere å oppnå ellers. Dette antas å ha stor verdi når løsninger på fremtidens utfordringer skal finnes.