

Høringsuttalelse fra Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO), vedrørende høringsnotat NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt

Bakgrunn for uttalelsen:

SKBO har i en årrekke arbeidet med utsatte barn, unge og deres familier. Denne høringsuttalelsen bygger på erfaringer og innspill fra to av våre virksomheter Forus og Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem.

FORUS, Kirkens Bymisjons senter for barn, unge og familier utfører både barnevernsarbeid, familierapeutisk arbeid og frivillighetsarbeid. Barnevernsarbeidet er spesielt knyttet til barnevernsinstitusjonen Heggeli barnehjem med familiebasert og oppveksttiltak, samt forebyggende barnevernsarbeid "Hjemme hos" gjennom TiltaksUtvikling og samvær gjennom Myrsnipa.

Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem (LUB) er et døgnbasert miljøterapeutisk langtidsbehandlingshjem for ungdom mellom 13 – 16+ /18 år innen psykisk helse. LUB har skole på stedet for institusjonens ungdommer som tilbyr tilrettelagt undervisning.

Ved at hovedkontoret i SKBO har innhentet innspill fra Forus og Larkollen ungdomspsykiatriske ungdomshjem, har vi i vår høringsuttalelse synliggjort at det ikke alltid er helt sammenfallende oppfatninger og syn på denne høringen.

Kommentarer til utvalgets forslag

Kirkens Bymisjon oppfatter at NOU 2009:22 har en tydelig ambisjon om å styrke helhetstenkningen innenfor dagens hjelpeapparat, og den fremmer forslag til tiltak på flere områder som skal bidra til å virkeliggjøre det vi vil kalle en visjon: *"Et samhandlende og koordinert hjelpeapparat, og et fokusskifte innen tjenestene fra avventende til tidlig innsats,"* (NOU 2009:22 s. 102). SKBO stiller seg svært positive til at departementene har satt i gang dette viktige arbeidet.

Ad. 6.2 Koordinerende innsats Individuell plan

Vi støtter fullt ut at arbeidet med *individuell plan* videreutvikles og forankres i opplæringsloven og barnehageloven, slik som individuell plan ble innlemmet i barnevernloven våren 2009. Gjennom vårt arbeid med individuell plan har vi sett at noen forutsetninger må være tilstede for at planen skal føre til gode resultater for brukeren:

- Hjelpeapparatet må om mulig bestrebe seg på at brukeren får et eierforhold til planen og oppfatte den som nyttig, hvilket vil si at barnet/ungdommen skal være sentral i utformingen av en slik plan. Dette må selvsagt tilpasses alder og funksjonsnivå. Vi har erfart at det til tider kan være en utfordring å få barnet/ungdommen engasjert i planarbeidet, og at det dermed blir utfordring for hjelpeapparatet å få til en god kommunikasjon og samhandling.
- Ansvar for nedfelling, koordinering og gjennomføring av planarbeidet må ligge på én tjenesteyter og fortrinnsvis på en navngitt person som har kompetanse og kapasitet til å gjennomføre denne oppgaven.
- Medlemmer i ansvarsgrupper og tverrfaglige samarbeidsfora må ha tilstrekkelig delegert myndighet til å fatte nødvendige beslutninger for å drive arbeidet videre. Vi har mye erfaring med ansvarsgrupper der deltagerne må konferere med sine overordnede om de minste ting, og arbeidet stopper opp.
- Kontinuitet og stabile relasjoner er nødvendig, ikke bare for brukeren, men også for fagpersonene som er involvert. Det er tidkrevende å opparbeide samarbeidsrelasjoner, og når disse er etablert, vises det ofte på fin flyt og fremdrift i tiltakene. Det motsatte skjer ved brudd i samarbeidsrelasjonene. Det går mye tid til spille knyttet til usikkerhet og etablering av ny samhandlingsstruktur.
- Evaluering er nødvendig for å sikre fremdrift og utvikling. Planen er et redskap i arbeidet med å sikre at brukeren får betingelser og hjelp til å utvikle seg. Det er derfor ikke nok at det finnes en plan, men at denne brukes aktivt, evalueres jevnlig og endres i takt med brukerens utvikling.

- Den individuelle planen bør være overordnet og retningsgivende for den enkelte instans som skal følge opp barnet/ungdommen og har sine interne handlingsplaner for eget arbeid. Slik som for eksempel dagens omsorgs- og tiltaksplaner i barnevernet er retningsgivende for barnevernsinstitusjonenes arbeid med intern individuell handlingsplan for oppholdet. Tilsvarende er behandlingsplaner interne handlingsplaner innen psykisk helse. Disse kan med fordel anses som et underliggende dokument til den individuelle planen og vises til i en IP. Psykisk helse ser også stor betydning i både planarbeidet og det tverretatelige samarbeidet den krever og utfordrer. Erfaringen vår er at dette samarbeidet også kan avlaste interne vanskelige avgjørelser som man har tradisjon for å drøfte avgrenset til egen enhet; egnetheten av tiltaket, hva annet som bør være på plass etter utskrivning osv. Dette bør en ansvarsgruppe og dens nedfelling i IP være viktige bidragsyttere til. Derfor er det noe rundt det enkeltes fags autonomi som også bør bli utfordret i dette samarbeidet – det kan ikke være slik at barnevernets autonomi i fht. å vurdere grunnlag for tiltak etter barnevernsloven står uberørt av for eksempel psykisk helseverns vurderinger av barnets/ungdommens behov.
- Tilsyn og kontrollinstanser ettersjekker gjerne at individuell plan og handlings- eller tiltaksplaner finnes, men bør flytte fokus mer mot bruken av planen og fremdrift i tiltakene.
- Tiltak vedtatt i ansvarsgruppene som er nedfelt i den individuelle planen, må være forpliktende (gjennom forskrift/loverk) for den enkelte instans å gjennomføre.
- Arbeidet med individuell plan/ tett tverrfaglig samarbeid kan medføre nødvendighet av instans-/etatsmøter for å klargjøre faglige ståsted og rede disse ut, uten barn/ungdom og eller familie til stede. Dette må det også tas økonomiske og tidsressursmessige hensyn til ved de ulike enhetene.

Fra LUB ser vi at prosentvis andel av ungdommene innskrevet som har IP øker under oppholdet. Vi forstår det som at man tidligere ikke har tatt tak i dette, eller at en innleggelse på dogn tydeliggjør behovet for at flere aktører må være inne over tid for å sikre ungdommens videre utvikling. I mange av de sammensatte, kompliserte sakene kan det også ta tid å avklare hvilke aktører som skal være på banen, og å få disse på banen.

LUBs erfaring er at de som står nærmest ungdommen/ familien ofte er rimelig enige om nødvendige tiltak mellom etatene, men at det innad i etater mellom nivåene kan være større eller like stor utfordringer med å skape enighet om tiltakene som er faglig nødvendige. Dette understreker som tidligere nevnt, viktigheten av at de som deltar i ansvarsgruppen har tilstrekkelig vedtaksmyndighet med seg inn i samarbeidet, for at det skal fungere.

Personlig koordinator

I likhet med utvalget har vi erfaringer med at kvaliteten på koordinering av planarbeidet kan variere sterkt. Vi synes det er bekymringsfullt at vi ofte finner det mangelfullt eller nesten fraværende. Vi har derfor ofte tilbudt oss å gjøre koordineringsarbeidet for å sikre fremdrift i saker, både innenfor barnevernsinstitusjon og i hjelpetiltak rettet mot familier. Vi erfarer at brukere ofte finner hjelpeapparatet svært uoversiktlig, komplisert og vanskelig å forholde seg til. Vi tør påstå at mange familier etter hvert har fått en betydelig slitasje i sitt forhold til hjelpeapparatet med sine mange instanser, forvaltningsnivåer og korte, avbrutte personrelasjoner. Dette har medført at de er pessimistiske i forhold til mulighet for endring og har liten tillit til profesjonelle hjelpere. Noen har hatt stort behov for å få hjelp til å forholde seg til hjelpeapparatet.

Vi har derfor mye erfaring med den funksjonen en *personlig koordinator* er ment å ha og ser behovet, og støtter tanken bak den, og vi vil peke på noen problemstillinger:

- Det ligger en mulighet til konflikt i at faginstansene skal ha *sin* koordinator og brukeren *sin*. Det er bekymringsfullt at systemet er så fragmentert at vi må ha to koordinatører i enkeltsaker, men slik det fungerer i dag ser vi at brukerne profitterer på å ha én person å forholde seg til.
- Brukeren må oppleve at den personlige koordinatoren har tilstrekkelig kompetanse, tid og tilgjengelighet.
- Brukeren må oppleve nytteverdi både av plan, samarbeid og forhold til den personlige koordinatoren. En ordning må evalueres og brukernes synspunkter må veie tungt.
- Vi er usikre på volumet dette kan få. Hvor mange personlige koordinatører snakker vi om, hvor mange saker pr. koordinator, hva trengs av kompetanse/opplæring, hva vil dette koste? Vi er litt mer bekymret for ressursbehov enn utvalget.
- Hva som ligger i "personlig" kan kanskje være viktig å utdype. Rollen slik den formuleres i utredningen, virker meningsfullt.
- Fra institusjonsperspektivet innen psykisk helsevern, anser vi det svært viktig at koordinatorrollen ligger på kommunalt nivå. Vi ser at det særlig i de kompliserte, sammensatte sakene, tar tid å få hjelpeapparatet på plass og opparbeide enighet og samforståelse av hvilke tiltak hvem skal tilby.

Erfaringen tilsier at ved utskrivning i saker der kommunen er inne med koordineringsansvar, er det bedre beredskap til å ta i mot ungdommen/ familien.

- Hvilken grad av ansvar for hva ved plan og gjennomføringsarbeidet er tenkt å tilligge koordinatorrollen? Vår erfaring er at det er svært ulik praksis på hvordan koordinator rollen er organisert.
- Et radikalt brukerperspektiv ville tilsi at "brukeren"; ungdommen/ barnet/ familien kunne velge hvem som skulle være koordinator av de aktuelle aktørene (hvis en av de faktiske deltagere i ansvarsgruppen er aktuelle). Da ville sannsynligvis mye av de relasjonelle betingelsene for å lykkes være til stede.

LUB mener at det må tas høyde for at i de mer kompliserte sakene, kan det å inneha koordinator rollen medføre vesentlig arbeid mellom ansvarsgruppemøtene. Skal rollen ligge på aktører som allerede er inne i saken som en kommunalt ansatt saksbehandler eller behandler på BUP, må ressursspørsmålet tas høyde for ved antall saker og eventuelt hvordan dette føres som refusjonsberettiget tiltak. Utvalget sier i pkt. 7.2.8 at dette med fastsetting av satser årlig ikke skulle tilsi at de anbefalinger som ligger i utredningen ikke nødvendigvis medfører spesielle utfordringer økonomisk og administrativt. Det er i tilfelle svært ulikt rundt omkring. Det refereres fra BUPer at refusjonssystemet opp mot produksjonskrav helt tydelig påvirker indirekte arbeid/denne type samarbeid.

Ad. 6.3 Barn og unge må få bedre tilgang til psykisk helsehjelp der de bor

Kirkens Bymisjon deler utvalget syn at barn og unge skal få rask hjelp når psykiske problemer er i ferd med å utvikle seg og støtter at det tas inn en bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven som tydeliggjør kommunenes ansvar for å etablere tjeneste for psykisk helsearbeid for barn og unge. For generell forebygging og kartlegging må man bruke de arenaene for barn og unge som allerede finnes; helsestasjoner, barnehager og skole, og det må opprettes nært samarbeid med de kommunale helsetiltakene som evt. bygges opp.

6.3.1 LUB stiller spørsmål ved hvilke problemstillinger eller tilstander utvalget konkret tenker kunne vært løst på kommunalt nivå fremfor spesialistnivå, vedrørende psykisk helse for barn og unge som ikke gjøres i dag?

Som samarbeidende part til kommuner og bydeler, er erfaringene mer at det er lite omfang av kommunale tilbud for barn og unge innenfor psykisk helse.

I veilederen til BUPene har de klare forventninger på seg til å samarbeid, og veilede kommunene.

6.3.3 Lavterskeltilbud

Uansett hvor mye man forsøker å forebygge på universelt grunnlag, vil det alltid være noen som står i fare for å utvikle psykiske problemer, atferds- eller rusproblemer og disse er det viktig å møte tidlig i denne prosessen med sekundærforebyggende eller selektive og indiserte forebyggende tiltak.

SINTEF definerer et lavterskeltilbud som: *"en tjeneste som tilbyr sekundærforebyggende tiltak, - der målet er å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Tiltakene er rettet mot definerte grupper, barn unge eller familier som oppfattes å være i risiko for å utvikle psykiske problemer.*

Tjenesten er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at den tilbys uten venting og lang saksbehandling." (NOU 2009:22, s.79). Dette er nesten en beskrivelse av FORUS sitt forebyggende tiltak "Robust", som SKBO har drevet i mer enn 20 år i samarbeid med Oslo Kommune.

Noen synspunkter kan uttrykkes her:

- Tilbudet må være lett tilgjengelig, lett å kontakte, uten behov for henvisning.
- Det må ikke ha ventetid – avtale på dagen ved krise og være gratis for brukerne.
- Det må være høy kompetanse kombinert med lavterskelprofilen. Etter vår mening må det ikke nødvendigvis være psykologer, men personer med lang fartstid i arbeid med barn og unge - gjerne med familierapeutisk videreutdanning.
- Vi har tro på relativt små enheter som er handlekraftige, og som også kan bevege seg ut i byen eller hjem til familier og som er fleksible når det gjelder arbeidstid.

LUB er av den oppfatning at i et lavterskeltilbud bør det være kompetanse på spesialistnivå (kanskje modell av SKBO sin virksomhet 24SJU i Oslo) for å hjelpe, vurdere og differensiere en del vanskelige saker, og dermed henvise rett sted videre, eventuelt bistå i den videre veien.

LUB støtter absolutt satsningen på å øke antall psykologer inn i kommunene. Likeså lovfestet ansvar innen psykisk helsearbeid overfor barn og unge og deres familier. Dette vil være til gjensidig berikelse hvis det samtidig som utvalget foreslår, knyttes til PPT.

Man må her ta høyde for kostnadsøkning, og tilstrekkelig antall stillinger slik at man bygger opp et

fagmiljø. Kunne man tenke kommunale psykologstillinger knyttet til en BUP for å sikre et bredere fagmiljø og et bindeledd mellom nivåene? BUP har jo deler av dette ansvaret allerede. Grenser og ansvarsområder må gås opp. Den kommunale psykologtjenesten må ha andre faggrupper å spille på for å kunne iverksette sentrale kommunale tiltak; tverrfagligheten bør ligge/sikres på alle nivåer; sosionomer/sosialkonsulenter, miljøterapeuter, familieterapeuter, gruppeterapeuter. Kunne man tenke legestilling/psykiater knyttet til dette eller forplikte psykiatere andre steder i systemet til å ha samarbeid med den psykologiske kommunale tjenesten?

I aldersgruppen 16 – 18 år, ser LUB store behov for at kommuner og bydeler tenker ut strukturer og tilbud til ungdomsgrupper med klare, alvorlige psykiske vansker. Disse har behov for alt fra et bredt spekter av mulige dagaktiviteter, ambulant hjelp til hverdagen sin (komme seg på skole, andre aktiviteter osv.) møtesteder, steder å være, utvikle seg. Dette er konkrete eksempler på tiltak som i dag i svært liten grad finnes. Erfaringene som samarbeidende enhet, er at tilbud til dem som etter lang behandlingstid innenfor psykisk helsevern som fortsatt trenger hjelp, er det lite å vise til, søke til osv. Selv innenfor grupper som unge nyspsykotiske, ligger ikke de nødvendige tiltakene man faglig sett er enige om at trengs på kommunenivå. Kanskje må det bygges opp slike på regionsnivå eller flerkommune- nivå for å få etterspørsel nok til å skape nødvendige tiltak. Utredning og diagnostisering skjer det mye av, men de tilrådde tiltakene finnes ikke, eller finnes i svært liten grad. Botilbud til unge voksne, ungdom som heller kan påbegynne en selvstendig tilværelse fremfor ny institusjon eller tilbake til familien, finnes ikke. Booplæring, - veiledning og miljøterapeuter inn i bokomplekser også for ungdom, bør bygges opp.

Ad. 6.4 Tidlig innsats

SKBO støtter utvalgets understreking av viktigheten av tidlig hjelp og intervensjon. Vi ser dessverre ofte at viktigheten og behovet som uttrykkes ikke gjenspeiles i prioriteringer som gjøres. Dersom denne type arbeid ikke er lovpålagt i kommuneloven, ser kommunene seg ofte ikke i stand til å prioritere dette når økonomien blir dårlig. Det betyr at mener man alvor, må det lovfestes i de rette lovverk, og det må tas høyde for ved økonomiske overføringer til kommunene. SKBO har mange erfaringer med at gode forebyggende aktiviteter/virksomheter som gir resultater ikke får finansiering og må legges ned.

6.4.3 Generell kartlegging

SKBO støtter utvalgets understreking av viktigheten av tidlig hjelp og intervensjon.

Vi er enige i intensjonen om å avdekke avvik tidlig blir viktig og at enhetene helsestasjoner, barnehager og skoler kan bidra her. Perspektivet at funksjon kommer best frem i naturlige settinger, er viktig å støtte opp om. Vi er likevel noe skeptisk til økning av generell kartlegging av barn generelt da man allerede vet mye om barns og barns omgivelers risikotegn for skjevutvikling. Trenger vi den kartleggingen, eller trenger vi faglig selvinstruksjoner på å handle på uro og mistanke?

Kartleggingsverktøyet kan være nyttig som momentliste til hva man skal se etter eller være oppmerksom på, men vi må passe oss for en generell klientifiseringstrend. Kan de som kartlegger nok om bredden i normaliteten og kunnskap nok om avvik og symptomer som ellers ikke avdekkes? Vil det kunne utvikle seg lokale normer for hva som er akseptabel utvikling? En mulig løsning på dette kan være at kartleggingen foretas av mer spesialisert/kvalifisert person innenfor et annet system (PPT, BV, Psyk)

Dersom det skal foretas generell kartlegging slik utvalget foreslår, må dette foregå på en måte som ikke virker krenkende på barna og deres familier.

- Det er viktig å opparbeide gode og tillitsfulle relasjoner slik at foreldre og fagpersonale kan ha barnas utvikling som et felles prosjekt.
- Dersom man avdekker avvik i barnets emosjonelle og atferdsmessige utvikling, må man kunne tilby adekvat og konkret hjelp.

Ad. 6.5 Koordinering av døgnbasert hjelp fra barneverntjenesten og det psykiske helsevernet

Utvalget peker på at det er *"... svake samarbeidstradisjoner mellom barnevernet og psykisk helsevern og til dels manglende kunnskap om hverandres fagtradisjon og arbeidsmetoder."* (NOU 2009:22, s. 84).

Våre erfaringer er sammenfallende med dette, og vi har også flere ganger vært bekymret for at enkelte barn og unges helse kan forverres som følge av disse forvaltningsnivåenes/forvaltningssystemenes manglende samarbeidskompetanse.

SKBO deler synet utvalget presenterer i innledningen til kap. 6 om at det er den enkelte tjenesteyters holdning og evne til samarbeid som avgjør om brukerne mottar godt koordinerte og samordnende tjenester.

For å få til en endring tror vi det må iverksettes kraftige virkemidler. Det må åpenbart foretas endringer i lover og forskrifter som fremmer samarbeid og som gjør det vanskelig å skjule en manglende samarbeidsvilje bak lovformuleringer. Derfor mener vi utvalgets forslag til endringer bør prøves ut i praksis eller i det minste utredes nærmere. Dette gjelder;

- Lovbestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som pålegger de regionale helseforetakene å samarbeide med statlig regional barnevernmyndighet om institusjonsplasseringer, og at de to systemene legger til grunn av de begge skal bidra økonomisk for å løse disse sakene.
- Mulighet for sektorovergrepene plasseringer bør fremgå i lovteksten både i barnevernloven og loven om psykisk helsevern.
- Forus ønsker en ovenndring som pålegger de regionale helseforetakene å ta i mot barn og unge hvor det er truffet vedtak om plassering i det psykiske helsevernet for barn og unge med hjemmel i barnevernloven. LUB er usikker på hva på hva dette forslaget vil bety i praksis? Vil barnevernet da i foreldrenes sted kunne bringe et barn under 16 år til behandling sin institusjon når det ikke ønsker å være der? Hva ser man for seg som oppfølgingen av den psykiatriske behandlingen og barnevernets ansvar?
- Oppretting av eget tvisteløsningsorgan der behov for døgnplassering er avklart, men det tvistes om hvilken type institusjon som barnet skal plasseres i
- Lovbestemt plikt i begge lovverk til å fremskaffe institusjonsplass når tvisteløsningsorganet har fattet avgjørelse om plassering i institusjon enten underlagt det psykiske helsevernet eller barnevernet. Det vil være av stor betydning at man i dette arbeidet tar høyde for de faglige vurderinger og erfaringer ved plassering i institusjoner, uavhengig av forvaltningssystemer. Erfaringsmessig mangler små egnede institusjoner god nok kompetanse på spesialisert omsorg. Dette kan løses ved at de små enhetene knyttes til større institusjoner eller faglige enheter.
- Opprettelse av felles behandling sin institusjoner bør prøves ut. Det er viktig å samle erfaringer fra eksisterende tiltak. Det vil være fornuftig å satse på miljøer og personer som er samarbeids- og utviklingsorientert og heller bygge ut tilbudet over tid. Ingen er tjent med dårlige, konfliktfylte institusjoner.

Det presiseres i spesialisthelsetjenesteloven at døgnbasert tilbud til barn og unge skal være tilgjengelig uavhengig av barnets alder og i kontinuerlig drift. Det trengs å klargjøres hvordan man tenker forholdet behandling og hjem. Hvem snakker man om/ tenker man på i forhold til hvilken problematikk? Som behandling sin institusjon, er det en og annen som til tider trenger institusjonens tilgjengelighet hele tiden. Men de fleste ungdommer og familier ønsker ikke kontinuerlige opphold der fremfor hjemme. Man bør vurdere ulike driftsformer og hvilke tjenester en institusjon kan organisere på forskjellige måter, relatert til hvilke økonomiske kostnader. Hovedintensjonen bør være å ivareta ungdommen og familien på forsvarlig måte – og ikke måtte låse seg til organiseringsform. Økt fleksibilitet i forhold til dagens system, må bety økte kostnader.

Ad. 6.6 Barnevernloven som rettighetslov

SKBO syn er at barnevernloven gjøres til en rettighetslov ved at barns rett til vern etter barnekonvensjonen og den europeiske menneskerettskonvensjonen innarbeides og forankres i loven. Dette synet begrunnes i ønsket om å styrke barns rett til vern og i håp om at dette bl.a. kan føre til en avstigmatisering av barnevernet og derigjennom gjøre det lettere kunne gi hjelp til dem som trenger det på et tidlig stadium.

Ad. 6.7 Samordning av lovverk

Gjennom vårt arbeid med hjelpetiltak i hjemmet treffer vi som oftest familier som mottar eller har rett til å motta tjenester og ytelser fra flere forvaltningsnivåer. Dette er typiske problemer brukerne møter:

- Det er vanskelig å få oversikt over hvilke instanser som er/bør være involvert og hvilke tjenester/ytelser den enkelte instans leverer.
- Det er ingen i hjelpeapparatet som koordinerer eller kan hjelpe med oversikt over hvor man skal henvende seg med hvilke spørsmål
- Man får ofte feil informasjon
- Man utløser irritasjon ved gjentatte henvendelser og ”masing”
- Kontakten med hjelpeapparatet kan for enkelte oppleves så vanskelig at den i seg selv utgjør et helseproblem

Med utgangspunkt i ovennevnte beskrivelse er det innlysende at det må sterke virkemidler til for å skape endring i form av samordning og samarbeid. Vi mener at det trengs både rammebetingelser, kompetanse og holdninger for å lykkes med dette. Vi støtter derfor i utgangspunktet utvalgets forslag om at sosialtjenestelovens resterende del, kommunehelsetjenesteloven og evt. barnevernloven etableres som ett felles lovverk. Vi er litt usikre på konsekvensen av å innlemme barnevernloven i et felles lovverk. Det er en absolutt forutsetning at barns rett til vern ikke blir påvirket negativt gjennom dette.

Ad. 6.8 Nærmere om taushetsplikten

Taushetsplikten er svært viktig av hensynet til personvern. Taushetspliktbestemmelsene kan oppleves som kompliserte, og mange velger å utveksle minimalt med informasjon i frykt for bryte taushetsplikten. Skal vi lykkes med å bedre samordning, samhandling og samarbeid, kan det være behov for endringer i lovverk, - selv om vi også her tror at en god praksis først og fremst handler om kompetanse og vilje til å bruke retten til dele informasjon til beste for brukene. SKBO støtter utvalgets forslag om å igangsette en samlet gjennomgang av rettsoppfattninger og praksis når det gjelder taushetsplikt og opplysningsplikt i de ulike fagmiljøene som arbeider med barn og unge.

Ad. 6.9 Finansieringsordninger – virkemiddel som motvirker eller stimulerer til samarbeid.

Her er det mange områder og stor variasjon i finansieringsordninger. Fra Forus ståsted har vi liten føling med finansieringsordninger effekt på samhandling utenfor barnevernfeltet. Vi har allikevel det syn at en så vesentlig forutsetning som finansiering nødvendigvis må inneholde elementer som påvirker samhandling og samarbeid.

FORUS, bymisjonens senter for barn, unge og familier leverer nesten alle sine tjenester til Barnevernet i Oslo, som representerer et unntak i forhold til finansieringsordningen i det statlige og kommunale barnevernet i resten av landet. Over 90 % av FORUS sine driftsinntekter kommer fra stykkpris – salg av institusjonsplasser og tjenester som i sin helhet betales av kommunen (den enkelte bydel). Alle plasseringer og tiltak skal konkurransesettes. Samhandlingen mellom barneverntjenesten og tjenestetilbydere er blitt sterkt preget av en kjøper/selger relasjon, og tilbyderne er nå blitt konkurrenter. Vår opplevelse er at dette forholdet preger innhold i tiltak og fagutvikling samtidig som det også påvirker språket som brukes.

LUB registrer at utvalget i flere sammenhenger sier at det de påpeker skal løses innenfor de eksisterende systemer og ressurser. Vi støtter at det ikke alltid betyr økt kvalitet med flere penger, men vi mener å se at økt fleksibilitet i organisering ut fra individuelle behov, gir klart økte kostnader. Slik vi indirekte kjenner BUP-systemet, betyr deres finansieringsform ved refusjon avhengig av gitte tiltak osv. mye for organiseringen av arbeidet. Press på antall saker pr. behandler får betydning for hvor mye indirekte arbeid man kan tillate seg. Selv om brukerne skal delta i mye, krever bedre samarbeid til tider mer møtetid. Rammefinansiering mener vi gir større frihet til en viss grad å organisere tilbudet etter klientens behov. Organiseringen av arbeidslivet for ansatte og deres organisasjoner betyr også noe for hva man kan iverksette av gode løsninger.

Ad. 6.10 Enklere prosedyrer for henvisning til det psykiske helsevernet

Vi deler utvalget syn på at rigide krav til fastlegehenvisning er u hensiktsmessig og urasjonelt der fastlegen ikke har en vesentlig rolle i oppfølgingen av brukeren og støtter forslaget om at PP-tjenesten, psykologer og helsesøstre gis henvisningsrett til det psykiske helsevernet for barn og unge. Vi er imidlertid ikke sikre på at dette kun vil være ressursbesparende og ikke føre til økning i svakt begrunnede henvisninger. Vi antar dette vil føre til flere henvisninger totalt.

Ad. 7. Økonomiske og administrative konsekvenser

Et samhandlende og koordinert hjelpeapparat og fokusskifte fra avventende til tidlig innsats vil arbeide mer rasjonelt og kostnadseffektivt. Dette vil også føre til at flere barn og unge får hjelp og mer tilpasset hjelp enn i dag. Hvorvidt dette totalt vil føre til en kostnadsøkning eller -minskning er vi usikre på, men de samfunnsmessige gevinstene i form av bedre kvalitet på behandlings- og hjelpetiltak og helsegevinst i forhold til barne- og ungdomsbefolkningen tror vi kan bli store.

OM KOORDINERING OG SAMARBEID

Koordinering og samarbeid er sentrale begreper i denne utredningen. Vi mener dette er et viktig og riktig fokus. En utvikling på disse områdene vurderes å gi bedre tjenester til den enkelte, samtidig som

det vil effektivisere arbeidet og derigjennom føre til enten kostnadsbesparelser eller at man kan nå flere.

Forutsetninger for å få ønsket effekt ligger dels i rammebetingelser som; lovpålegg, mandat, samsvar mellom ansvar og myndighet, hensiktsmessige prosedyrer og arbeidsverktøy samt systemer for evaluering og kvalitets sikring. Like nødvendige faktorer er at det settes av tid og ressurser til gjennomføring, og at det eksisterer tilstrekkelig kompetanse. Vi tenker på kompetanse i denne sammenheng som en kombinasjon av kunnskap/ferdigheter, holdninger/vilje og personlige egenskaper/evne. I vårt arbeid har vi sett mange eksempler på sviktende kompetanse, og vi anbefaler sterkt at det arbeides målrettet også med å sikre kvaliteten på dette området.

Hvis det er ønske om å høre mer om våre virksomheter og våre erfaringer stiller vi oss til disposisjon.

Med hilsen

Oddrun Remvik
Avdelingsdirektør
Helse & Sosial
SKBO
31.08.2010

Hildegunn Dømbe Hermansen
Avdelingsdirektør
Mangfold & Oppvekst
SKBO