

BEDI SIKRER BEDRE SAMHANDLING I KOMMUNENE

ARTIKKEL

Av: Liv Drangsholt, KoRus - Sør

En avdekking av alvorlig avvik i mange norske kommuner var bakgrunnen for at BTI-arbeidet kom i gang. Nå er over 100 kommuner og bydeler i gang med BTI-arbeidet, og engasjementet for modellen vokser stadig.

Familier med barn eller ungdom som de av en eller annen grunn er bekymret eller urolig for, synes ofte det er vanskelig å finne ut hvordan de kan få hjelp i kommunen. Mange opplever også at de forskjellige hjelperne ikke samarbeider. Helsedirektoratet har tatt initiativ til utvikling av samhandlingsmodellen BTI (Bedre tverrfaglig innsats), og det er nå over 100 kommuner i landet som er i gang med BTI-arbeid i egen kommune.

Dansk modell ble løsningen

I 2008 gjennomførte Helsetilsynet et grundig tilsyn i 114 av landets kommuner, og det var nedslående at så mange som 90 av kommunene fikk til dels alvorlige avvik når det gjaldt arbeidet med tidlig intervensjon og samarbeid overfor utsatte barn og unge. Avsløringen av så grunnleggende utfordringer satte fart i et faglig utviklingsarbeid på flere nivå og i mange enheter. Helsedirektoratet undersøkte hva som fantes av gode modeller i andre land, og fant noe de hadde tro på i Danmark. Danskene hadde utviklet en modell som innebar både en veileder for

ansatte og et system for oppfølging av det enkelte barn/ungdom. Modellen ble kalt BTI, som står for Bedre Tverrfaglig Innsats.

Én måte å jobbe på kan imidlertid ikke overføres direkte fra et land til et annet. Norge og Danmark har forskjellige lover, og hjelpeapparatene er bygd opp ulikt. Utfordringen med å vurdere hva som kunne benyttes og hvordan, gav direktoratet videre til utvalgte kommuner. Det er de som jobber i kommunene som kjenner best til ressurser og utfordringer i praksis. I 2012 fikk åtte kommuner lovnad om økonomisk tilskudd over fem år for å jobbe praktisk med å overføre modellen til norsk. Disse kommunene som har gått foran i arbeidet, kaller vi nøkkelkommuner. Alle regioner har minimum én nøkkelkommune. Du finner oversikt over disse på nettsiden for BTI (se nettside faktaboks).

BTI-arbeidet vokser

Etter 2014 har det jevnlig kommet flere kommuner til. Det er nå over 100 kommuner og bydeler som er i

gang med BTI-arbeidet. Nøkkelkommunene fungerer som ressurs. De har lagt grunnlaget for modellutviklingen. Flere andre kommuner har nå kommet så langt i arbeidet at de kan bidra med inspirasjon, erfaringsdeling og veiledning til andre. Parallelt har Helsedirektoratet opprettet en faglig arbeidsgruppe bestående av representanter fra de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus). KoRus har fått ansvar for å spre kunnskap om modellen i egen region. I samarbeid med nøkkelkommunene bistår de kommunene/bydelene med implementeringsarbeidet.

Hva betyr BTI i praksis?

BTI arbeidet har tre hovedmål: tidlig innsats, samordnede tjenester og medvirkning av brukergruppen. Målgruppen for BTI er gravide, barn og unge i alderen 0–24, som noen er urolig/bekymret for. I BTI-arbeidet er vi opptatt av at hjelpen skal tilbys tidlig i livet, allerede i graviditet når det er aktuelt. Videre skal innbyggerne få tilbud om hjelp på et tidlig tidspunkt ved utvikling av et problem.

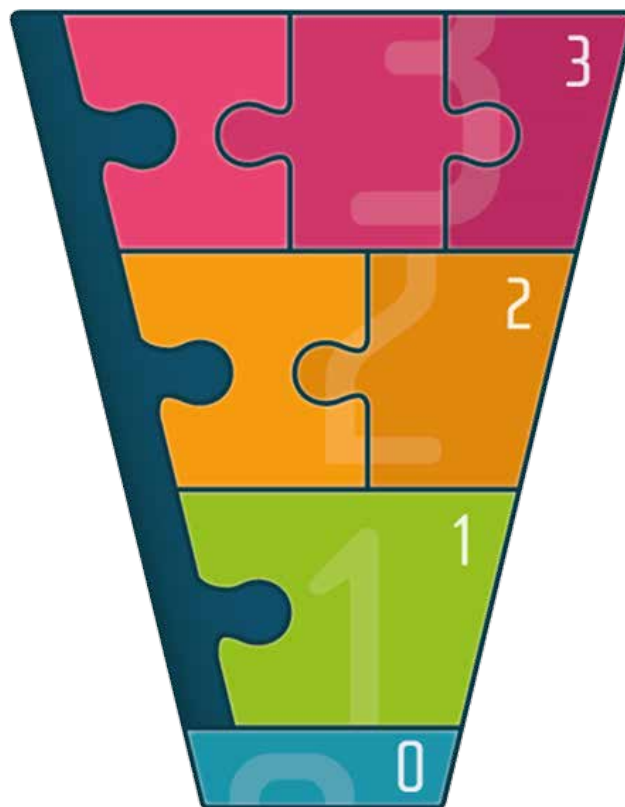
De som møter gravide, barn og unge i det daglige, som jordmødre, assistenter og fagfolk i barnehage, skolefritidsordning og skole, er viktige ressurspersoner.

Brukermedvirkning får mye oppmerksomhet i utviklingsarbeidet. De ansatte skal så raskt som mulig drøfte aktuell bekymring eller uro med den det gjelder, barnet, ungdommen og foreldre/foresatte. Det er godt juridisk og faglig begrunnet at brukeren både skal høres og medvirke i valg av tiltak som settes inn. Mange vil bare ha behov for kortvarige og enkle tiltak innenfor den enkelte barnehage eller skole. Men når det er snakk om mer langvarige og sammensatte utfordringer, er målet at brukeren skal møte et hjelpeapparat som samarbeider. Én ansatt får hovedansvar for koordinering. Dette kalles en stafettholder.

Hva består BTI-modellen av?

BTI-modellen har to hovedelementer, en handlingsveileder for ansatte og en stafettholder og logg for det enkelte barn/ungdom.

Handlingsveilederen består av fire nivå. Nivå 0 beskriver hvordan en ansatt ved uro for et barn kan av-



BTI-modellen: Brikkene i figuren symboliserer nivåene og antall tjenester som involveres. De ulike nivåene bindes sammen av den loddrette brikken som strekker seg mellom nivåene. Denne symboliserer stafettholderen, som skal sikre helhetlig og koordinert innsats uten at det blir brudd i oppfølgingen.

klare sammen med den det gjelder om det er grunn til tiltak. Nivå 1 beskriver oppstart og gjennomføring av aktuelle tiltak i egen enhet. Nivå 2 beskriver hvordan samarbeid skal organiseres når det er to enheter som samarbeider med bruker. Nivå 3 beskriver det komplekse samarbeidet mellom bruker og flere enheter.

Alle nivå er igjen delt inn i trinn, som beskriver prosessen i arbeidet. Til hvert trinn er det knyttet praktiske verktøy, som mal for samtykkeerklæring, veiledning for samtaler, oversikt over kommunens tiltak o.a.

Den enkelte kommune utarbeider sin egen handlingsveileder. Den skal bygge på det kommunen har fra før, men her er det også gode muligheter for å søke inspirasjon hos nøkkelkommuner og andre som har kommet lengre i arbeidet.



For å sikre at tiltak for den enkelte blir koordinert og at det ikke blir brudd i oppfølgingen, skal det opprettes en logg og utpekes en stafettholder

Du finner en god beskrivelse av oppbyggingen av handlingsveilederen og eksempler på nettsiden for BTI.

For å sikre at tiltak for den enkelte blir koordinert og at det ikke blir brudd i oppfølgingen, skal det opprettes en logg og utpekes en stafettholder. Systemet med logg stammer fra skipsfarten, der kapteinen fører logg over de viktigste hendelsene. På samme måte skal loggen for det enkelte barn inneholde oversikt over hvilke tiltak som er satt inn, når og av hvilken enhet, hva er erfaringen, når skal tiltak vurderes osv. Foresatte/foreldre og barnet det gjelder, skal ha fullt innsyn og bestemmer hvem andre som skal ha innsyn. En logg kan startes opp allerede i svangerskapet, og hvis brukeren vil kan den følge brukeren videre gjennom barnehage og skoletid.

Barn og ungdom som får opprettet en logg, skal også ha det vi kaller en stafettholder. Stafettholderen har ansvar for at det føres logg, koordinerer arbeidet og er familiens hovedkontakt.

Vi anbefaler at stafettholder er en person som møter barnet jevnlig, gjerne en pedagog i barnehagen eller en lærer. Ved overgang fra for eksempel barnehage

til skole skal stafettpinnen overføres til ny person i barnets nærhet.

Flere kommuner har tatt i bruk elektroniske utgaver av slik logg.

Hvordan jobbe med BTI i den enkelte kommune
BTI-arbeidet er komplekst og har meget ambisiøse målsettinger. Mange kommuner har også over lang tid jobbet med å forbedre rutiner for tidlig intervensjon, god samhandling og medvirkning.

Det er ikke meningen at BTI-modellen skal være lik for alle og kopieres fra direktorat til den enkelte kommune. BTI-arbeidet skal bygge på det kommunen har av gode tiltak og rutiner fra før. Derfor er vi nøye med at alle kommuner som vil jobbe med BTI, først må «rydde i egne skap». Kommunen må starte arbeidet med å lage oversikt over hvilke tiltak de har for alle aldersgrupper, hvilke samarbeids- og konsultasjonsteam de har, gode rutiner som er innarbeidet, og gode samarbeidssystemer som de praktiserer.

Dette er nesten alltid en inspirerende fase i arbeidet. Forskjellige enheter setter seg sammen og utarbeider side opp og side ned med beskrivelser av alt hva



NETTSIDE:

<http://tidliginnsats.forebygging.no/BTI>

HVA ER BTI?

Bidrar til:

- Tidlig innsats
- Samordning
- Medvirkning

Målgruppe: Gravide, barn, unge og foreldre det er knyttet undring eller bekymring til.

Målsetting: Kvalitetssikre helhetlig og koordinert innsats uten at det blir brudd i oppfølgingen.

kommunen har å tilby, som må videreføres. Disse oversiktene kan raskt spres til innbyggerne, innad i kommunens enheter og til andre samarbeidspartnere.

Deretter starter arbeidet med å lage egen kommunes handlingsveileder på alle nivå og vurdere hvilke verktøy som skal brukes. Som beskrevet over, har alle kommuner mange gode rutiner og tiltak som kan innarbeides, men de søker også inspirasjon hos andre kommuner som er kommet lenger i arbeidet.

Nye regler og lover kommer til. Aktuelt nå er §9a i Opplæringsloven, som beskriver barn og unges rett til et godt fysisk og psykososialt miljø i skolen. Flere kommuner samarbeider nå om å innarbeide aktuelle rutiner i handlingsveilederen.

Det har utviklet seg en veldig positiv delingskultur innenfor BTI. Nye kommuner besøker de som er kommet lengst. Hvert år samler Helsedirektoratet alle kommuner som jobber med BTI til felles inspirasjonsdager. Det enkelte KoRus arrangerer også nettverksamlinger eller bidrar til samarbeid mellom flere kommuner på andre måter.

Du finner oversikt over landets BTI-kommuner ved å gå inn på nettsiden for BTI, se faktaboks.

Om implementering og videreutvikling

Det er dessverre ikke slik at så snart en kommune har utarbeidet et godt samhandlingssystem, så fungerer det med en gang i de forskjellige enhetene. Implementeringsarbeidet er en sammensatt prosess som medfører at en innad i kommunen må jobbe både med ren informasjon, kompetanseheving og ikke minst holdninger og verdier. På dette området er det også nyttig å dele erfaringer med andre kommuner. Du finner nyttig informasjon på nettsiden om BTI, se faktaboks.

En ressurs i arbeidet er også kompetansemiljøene, som de regionale R-BUP/RKBUS, RVTS og KoRus. De jobber på oppdrag fra Helsedirektoratet og er pålagt å bidra inn i arbeidet.

Det regionale KoRus har hovedansvaret for spredningen av BTI. Du finner også opplysninger om ditt regionale KoRus på nettsiden for BTI.