



FØLGEEVALUERING:

Bedre tverrfaglig innsats

BTI Agder

Innhold

03	Forord	28	Ansattes erfaringer med BTI
04	Innledning	29	Erfaringer med implementeringsaktiviteter
05	Bedre Tverrfaglig Innsats	29	Kjennskap til handlingsveileder
06	BTI Agder	31	Generelle erfaringer med støtteverktøy
06	Formålet med følgeevalueringen	31	Nivå 0
08	Metodisk gjennomføring	32	Nivå 1
09	Arbeidspakke 1A	33	Nivå 2 og 3
11	Arbeidspakke 1B	35	Stafettlogg
12	Arbeidspakke 1C	36	Stafettholder
14	Programteori	37	Resultater av BTI
16	Implementering av BTI i kommunene	38	Tidlig innsats
17	Fase 1 – Forberede implementeringen	39	Brukermedvirkning
18	Fase 2 – Planlegge implementeringen	40	Sammenhengende tjenester uten oppfølgingsbrudd
20	Fase 3 – Implementere	47	Samlede vurderinger og anbefaling til videre arbeid
22	Fase 4 – Videreføre		
22	Kontekst for implementering		
24	Ressurser i BTI arbeidet		
25	Handlingsveileder		
26	Verktøy		
26	Stafettlogg		
27	Tverrfaglige samhandlingsarenaer		

Forord

PwC Agder har gjennomført en følgeevaluering av BTI Agder. Evalueringen er gjennomført i perioden oktober 2019 til desember 2021 på oppdrag for kommunene i BTI Agder. Formålet med følgeevalueringen har vært å identifisere suksessfaktorer ved implementeringen av BTI, og bringe denne kunnskapen tilbake til kommunene underveis i prosessen.

Følgeevalueringen har bestått av tre arbeidspakker. I den første arbeidspakken (1A) belyste vi hvor langt kommunene har kommet i arbeidet med BTI, og prosjektledernes og ledere i barnehager, skoler og helsestasjoners erfaringer med BTI. I den andre arbeidspakken (1B) belyste vi ansattes erfaringer med implementeringen av BTI og deres opplevelse av egen kompetanse relatert til BTI. I den tredje og siste arbeidspakken (1C) undersøkte vi arbeidet med BTI i enkeltsaker, og belyste foreldres og ansattes erfaringer med tjenesteapparatet etter at kommunen har begynt å jobbe etter BTI-modellen. Her la vi vekt på å få frem hvorvidt det så ut til at kommunene hadde lyktes med tidlig innsats, god brukermedvirkning og det å gi helhetlige og sammenhengende tjenester i disse enkeltsakene.

For hver av de tre arbeidspakkene har vi levert selvstendige rapporter. I denne rapporten oppsummeres hovedfunnene fra følgeevalueringen samlet sett, sammen med våre samlede vurderinger og identifiserte suksessfaktorer for implementeringen av BTI.

Arbeidet er utført av Kathrine Leirkjær Støve (prosjektleder) og Hanne Amalie Larsen (prosjektmedarbeider), med støtte fra Ivar Bergem Strand og Martine Holth Rønneseth. Hege Gabrielsen har vært ansvarlig partner for oppdraget.

Vi takke oppdragsgiver Lyngdal kommune for et spennende oppdrag og godt samarbeid! Vi vil rette en særlig takk til prosjektleder for BTI Agder, Linn Øysæd Gyland, prosjektleder for BTI Lister, først Marie Solvik og deretter Marianne Aarhoug Salvesen, og prosjektleder for BTI Østre-Agder, Malin Paust for tett og godt samarbeid gjennom hele oppdraget. Tusen takk også til prosjektlederne i alle kommunene for å ha bidratt til at aktivitetene i evalueringen kunne gjennomføres og for å ha deltatt aktivt i og mellom nettverkssamlinger. Til sist vil vi takke alle ansatte og foreldre som har bidratt med sine erfaringer i dette viktige utviklingsarbeidet på Agder!

Hege Gabrielsen

01

Innledning



01

Innledning

I denne rapporten presenteres hovedfunnene fra følgeevalueringen av BTI Agder. Følgeevalueringen har pågått fra oktober 2019 til desember 2021.

Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI)

Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) er en samhandlingsmodell (fig 1) som skal bedre den tverrfaglige innsatsen for sårbare og utsatte barn og unge, gravide og familier.

BTI-modellen inneholder tre elementer:

- **Stafettlogg** (et dokument som skal følge barn og unge som får ekstra innsatser, eventuelt deres foreldre/foresatte)
- **Stafettholder** (en koordinator)
- **Handlingsveileder** med tilhørende verktøy (beskriver og samordner/diskuterer felles handling for enheter som blir involvert).

Modellen beskriver arbeidet med tidlig og tverrfaglig innsats til barn, unge og

familier på fire nivåer. De ulike brikkene i figuren symboliserer nivåene og antall tjenester som involveres, mens brikken som strekker seg mellom nivåene symboliserer koordineringsansvaret, stattholderen og stafettloggen, som er virkemidler for å sikre helhetlig og koordinert innsats uten at det blir brudd i oppfølgingen. Nivåene 0 og 1 beskriver arbeidet med tidlig innsats, mens nivåene 2 og 3 beskriver tverrfaglig samarbeid, hvor nivå 2 beskriver enklere samhandling mellom to tjenester, mens nivå 3 beskriver den mer komplekse samhandlingen mellom flere tjenester. Både utformingen av de ulike trinnene og grenseoppgangen mellom nivå 2 og 3 må tilpasses hver enkelt kommune.

For at arbeidsprosessene og verktøyene i BTI-modellen skal gjennomføres og bli brukt på en god måte, er det en forutsetning at ansatte har kompetanse, både når det gjelder kunnskap om BTI-modellen og om å utføre oppgavene som ligger til de ulike arbeidsprosessene.

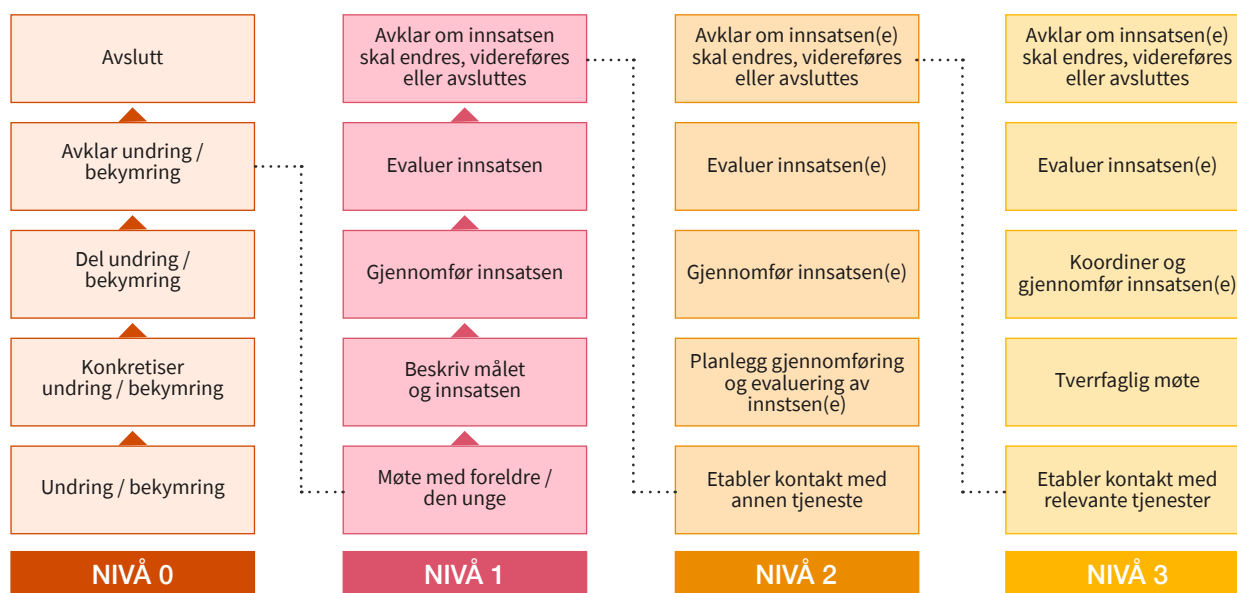


Fig 1

BTI Agder

BTI Agder er ett av fire prosjekter under den nasjonale satsingen “Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017 - 2027”, med midler fra Helsedirektoratet. Agder fylkeskommune er eier av folkehelseprogrammet, og har økonomisk ansvar og ansvar for rapportering til Helsedirektoratet.

Det er to ledende aktører i arbeidet med BTI Agder: Risør kommune og Lister, med Lyngdal kommune som juridisk eier og øverste ledelse av prosjektet. Kommunene som deltar i BTI Agder er Lyngdal (med tidligere Audnedal), Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal, Farsund, Flekkefjord, Lillesand, Tvedestrand, Åmli, Gjerstad, Vegårshei, Arendal og Risør.

Det har blitt tegnet samarbeidsavtaler mellom de ledende aktørene og fylkeskommunene som uttrykker partenes forventninger og forpliktelser i forbindelse med samarbeidet. De ledende aktørene for BTI har inngått samarbeidsavtaler med de enkelte kommunene som deltar i satsingen.

Kommunene i henholdsvis Lister og Østre Agder (med Lillesand) har jevnlig møter, og hvert halvår arrangerer de ledende aktørene nettverkssamlinger med alle kommunene.

BTI Agder skal bidra til at kommunene i Agder inspirer og støtter hverandre i å utvikle systemer som gjør ansatte bedre på å samhandle på tvers av tjenester og fagområder (Kilde: Prosjektplan BTI Agder 2019 - 2021).

Gravide, barn, unge og foresatte i regionen skal oppleve å bli hørt og få lik tilgang til gode, koordinerte og helhetlige tjenester, uavhengig av bosted, sosioøkonomisk status, helseutfordringer eller annet. Det er et mål å sikre gode oppvekstvilkår for alle barn og unge. BTI skal bidra til at målgruppen

får nødvendig og samordnet hjelp så tidlig som mulig for å unngå skjevutvikling og redusere skade, og at de blir involvert i hele prosessen, så langt det er hensiktsmessig.

Formålet med følgeevalueringen

Formålet med følgeevalueringen av BTI Agder har vært todelt:

- Å få økt kunnskap om suksesskriterier ved implementeringen av BTI-modellen
- Denne kunnskapen skal bidra til at kommunene kan ta kunnskapsbaserte valg i utviklingen og videre implementering av BTI-modellen

PwC har deltatt på halvårlige nettverkssamlinger med prosjektlederne for BTI i de 13 kommunene for å sikre læring fra evalueringen underveis i implementeringsarbeidet.

Arbeidspakke 1A - System (våren 2020)

I den første arbeidspakken kartla vi prosjektledernes erfaringer med implementering av BTI så langt. Vi så på hvor langt kommunene hadde kommet i utviklingen og implementeringen av sentrale elementer i BTI, som handlingsveileder og verktøy, stafettlogg, rollen som stafettholder, og tverrfaglige samhandlingsarenaer, og hvorvidt disse så ut til å være kjent og implementert i helsestasjon, barnehage og skole.

Arbeidspakke 1B - Ansatt (høsten 2020)

Den andre arbeidspakken rettet fokus på de ansattes erfaringer med å ta i bruk handlingsveileder, verktøy og stafettlogg i praksis, og med rollen som stafettholder. Vi kartla også ansattes opplevelse av implementeringsprosessen. Utvalgte kommuner gjennomførte også en kompetansekartlegging i regi av KoRus (BTI underveisundersøkelse).

01 | Innledning

Arbeidspakke 1C - Individ (våren 2021)

Den tredje og siste arbeidspakken har hatt fokus på resultater av BTI arbeidet, sett fra ansatte og brukeres ståsted. I samråd med oppdragsgiver valgte vi ut åtte enkeltsaker hvor vi så på brukeres og ansattes erfaringer med BTI. Vi undersøkte i hvilken grad det ble arbeidet i tråd med elementene i BTI-modellen, og belyste i hvilken grad kommunene hadde lyktes med tidlig innsats, helhetlige tjenester uten oppfølgingsbrudd og brukermedvirkning i disse enkeltsakene.

Våren 2020 fikk vi en utvidelse av oppdraget til å også bistå kommunene med implementeringsstøtte. Som en del av dette har det blitt avholdt tre workshops om sentrale tema knyttet til BTI, med vekt på implementering i teori og praksis. Veiledningen til kommunene har hovedsakelig bestått av å bistå dem i utviklingen av implementeringsplaner for videreføring av BTI i ordinær drift, ettersom prosjektperioden har nærmet seg slutten.

02

Metodisk gjennomføring



De tre ulike arbeidspakkene har rettet fokus mot ulike tema og problemstillinger og med ulike metodiske tilnærminger. Den metodiske gjennomføringen av de tre arbeidspakkene beskrives nærmere i detalj nedenfor.

Innledningsvis i prosjektet hadde vi en oppstartsfase hvor vi gjennomførte intervjuer med prosjektledere for de to ledende aktørene, Lyngdal og Risør, samt deltok på samlinger med prosjektlederne i nettverkene i både Lister og Østre-Agder. Gjennom dette ble vi kjent med prosjektlederne i den enkelte kommune og fikk innblikk i hvordan de har organisert arbeidet med BTI i egen kommune og status i arbeidet.

Arbeidspakke 1A - System

I den første arbeidspakken kartla vi prosjektledernes erfaringer med implementering av BTI så langt. Vi så på hvor langt kommunene hadde kommet i utviklingen og implementeringen av sentrale elementer i BTI, som handlingsveileder og verktøy, stafettlogg og rollen som stafettholder, og hvorvidt disse så ut til å være kjent og implementert i helsestasjon, barnehage og skole. Datagrunnlaget for denne arbeidspakken var innledende intervjuer og spørreundersøkelse blant prosjektledere og ledere i basistjenestene i kommunene.

Innledende intervjuer

Innledningsvis i arbeidspakken gjennomførte vi telefonintervjuer med sentrale fagmiljøer og myndigheter.

- Helsedirektoratet
- Utdanningsdirektoratet
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R-BUP), Sør-Øst

- Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU)

Formålet med disse var å få sentrale fagdirektorater og fagmiljøers perspektiver på BTI, og særlig det å arbeide kunnskapsbasert.

Spørreundersøkelse

Hoveddatakilden i denne arbeidspakken ble innhentet i form av to spørreundersøkelser. Responsen var:

- Prosjektleder for BTI i den enkelte kommune
- Ledere ved basistjenestene helsestasjon, barnehager og skoler i den enkelte kommune, det vil si barnehagestyrere, skoleledere og ledere for helsestasjon eller tilsvarende.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i februar 2020. Prosjektleder i den enkelte kommune hadde ansvar for å distribuere spørreundersøkelsen til de aktuelle lederne i egen kommune og å sende ut påminnelse om deltakelse.

Blant prosjektlederne for BTI besvarte 12 av 13 undersøkelsen. Den besvarelsen som mangler er fra en kommune i Lister, og som det ble avdekket at hadde besvart undersøkelsen som var rettet mot ledere i basistjenestene. Til tross for at kommunene har organisert BTI-arbeidet ulikt og kommet varierende langt i implementeringsarbeidet, vurderes resultatene å være representative for prosjektlederne som gruppe.

02 | Metodisk gjennomgang

Antall besvarelser	12
Antall kommuner	13
Svarprosent	92

Fig 2 – Svarprosent bland prosjektledere

PwC har også hatt innledende samlinger i hver av regionene, hvor vi har fått kvalitative innspill på problemstillingene.

I spørreundersøkelsen blant ledere ved basistjenestene, var deltakelsen fra de ulike kommunene svært ulik. Enkelte kommuner var representert ved kun én eller to ledere, mens andre var representert ved mange. Dette henger først og fremst med kommunestørrelse, men også med graden av deltakelse i den ulike kommune.

Store kommuner, og især Arendal, var derfor overrepresentert i undersøkelsen.

Det er noe usikkerhet knyttet til svarprosent, da tre av kommunene ikke har rapportert inn antallet mottakere av undersøkelsen. I beregningen av svarprosent er derfor disse holdt utenfor. Resultatene fremstilles samlet, men på spørsmål hvor det viser seg å være forskjeller mellom tjenester, fremheves dette.

	Helsestasjon	Barnehage	Skole
Antall besvarelser	10	49	36
Svarprosent	90	41	57

Fig 3 – Svarprosent blant ledere ved helsestasjon, barnehager og skoler

Kvalitative dybdeintervjuer

I denne arbeidspakken gjennomførte vi også dybdeintervjuer med et lite tilfeldig utvalg med ledere i basistjenester fra ulike kommuner:

- 3 barnehagestyrere
- 3 ledere ved helsestasjon
- 3 rektorer (skoleledere)

Formålet var å få mer dyptgående forståelse for funnene i spørreundersøkelsen.

Intervjuene ble gjennomført per telefon i februar og mars 2020.

02 | Metodisk gjennomgang

Arbeidspakke 1B

I arbeidspakke 1B var fokuset på ansattes erfaringer med å ta i bruk handlingsveileder, verktøy og stafettlogg i praksis, og med rollen som stafettholder, samt deres opplevelse av implementeringsprosessen. Utvalgte kommuner har også gjennomført en kompetansekartlegging i regi av KoRus (underveisundersøkelse). Datagrunnlaget er innhentet gjennom fokusgruppeintervjuer i fire utvalgte casekommuner og gjennom spørreundersøkelser blant ansatte.

Fokusgruppeintervjuer

Hoveddatakilden for denne arbeidspakken har vært fokusgruppeintervjuer med ansatte. Styringsgruppen ble involvert i beslutningen rundt utvalgsmetodikk, og det ble besluttet å gjøre fokusgrupper i fire utvalgte kommuner, fremfor å samle ansatte på tvers av kommuner.

Det var en forutsetning for deltakelse at kommunene skulle være kommet langt nok kommet i implementeringen av BTI til at ansatte skulle ha gjort seg konkrete erfaringer med BTI i praksis. Funnene fra arbeidspakke 1A ble lagt til grunn i denne vurderingen. I tillegg ble det lagt vekt på en balanse på følgende variabler:

- Østre Agder og Lister
- Kommunestørrelse
- Sentralitet/distrikt (by/land)

I Østre Agder ble kommunene Gjerstad og Arendal valgt ut og i Lister ble kommunene Sirdal og Lyngdal valgt ut.

Innledningsvis har PwC gjennomført telefonintervjuer med prosjektleder/prosjektkoordinator for BTI i hver av kommunene.

I de utvalgte case-kommunene har vi gjennomført fokusgruppeintervju med et utvalg ansatte i de tre basistjenestene. Samlet sett har totalt 37 ansatte deltatt i fokusgruppene.

- 12 ansatte fra barnehage
- 16 ansatte fra skole
- 9 ansatte fra helsestasjon

I kommunene Gjerstad og Arendal var det egne fokusgrupper per tjeneste, mens intervjuene ble gjennomført på tvers av tjenester i Lyngdal og Sirdal.

I forkant av fokusgruppene ble alle ansatte som skulle delta bedt om å besvare en vignettundersøkelse, for å belyse hvordan de ville handlet i et konkret case. Dette dannet utgangspunkt for dialog i fokusgruppen.

Spørreundersøkelse ved KoRus

Det ble tidlig besluttet at KoRus skulle gjennomføre underveismålinger i de kommunene som hadde gjennomført deres BTI-undersøkelse for omkring tre år siden. Dette gjaldt følgende kommuner:

- Lyngdal
- Sirdal
- Farsund
- Flekkefjord
- Kvinesdal
- Risør
- Åmli

BTI-undersøkelsen inneholdt spørsmål knyttet til ansattes opplevelse av egen kompetanse på temaer med særlig relevans for BTI-arbeidet.

02 | Metodisk gjennomgang

Spørreundersøkelse ved PwC

I forbindelse med evalueringen av BTI Agder, ble det lagt til noen tilleggsspørsmål til KoRus sin opprinnelige spørreundersøkelse. Disse spørsmålene dannet grunnlaget for en egen spørreundersøkelse blant de øvrige kommunene.

I denne evalueringsrapporten presenteres funnene på disse tilleggsspørsmålene, basert på det samlede datamaterialet fra alle kommunene som har deltatt.

Totalt besvarte 1007 ansatte denne delen av spørreundersøkelsen. Spørsmålene var ikke obligatoriske å besvare. Derfor er det noen spørsmål som har et lavere antall besvarelser.

Arbeidspakke 1C

Arbeidspakke 1C omhandlet resultater av BTI arbeidet, sett fra ansatte og brukeres ståsted. I samråd med oppdragsgiver valgte vi ut åtte enkeltsaker hvor vi så på brukeres og ansattes erfaringer og opplevelse av måloppnåelse i enkeltsaken, herunder

- Tidlig innsats
- Brukermedvirkning
- Helhetlige tjenester uten oppfølgingsbrudd

Datagrunnlaget er innhentet gjennom dybdeintervjuer med foreldre og ansatte i åtte utvalgte enkeltsaker (case).

Utvalg

Det var en forutsetning for deltakelse at kommunene skulle være langt nok kommet i implementeringen av BTI til at kjerneelementene i BTI var tatt i bruk i enkeltsaker. På nettverkssamling høsten 2020 ba vi prosjektlederne om å oppgi hvorvidt de var interesserte i å delta i denne arbeidspakken. Styringsgruppen for BTI Agder ble involvert i beslutningen rundt utvalget, og det ble besluttet å la fire

kommuner som meldte sin interesse velge ut aktuelle saker. Av hensyn til anonymitet, oppgir vi ikke hvilke kommuner som bidro med case. Det ble i utgangspunktet valgt ut ni case, men vi fikk frafall i ett av casene mot slutten av datainnsamlingsperioden.

Vi har forsøkt å få til en spredning i sakene med hensyn til hvilken instans som først var koblet på saken, fordelt på helsestasjon, barnehage og skole. Ettersom det var en forutsetning for deltakelse at BTI skulle vært tatt i bruk i enkeltsakene, gir utvalgsstrategien grunn til å anta at resultatene er noe mer positive enn om vi hadde gjort et tilfeldig utvalg.

Kvalitative dybdeintervjuer

Hoveddatakilden har vært kvalitative dybdeintervjuer med foreldre og ansatte. Av hensyn til barnas alder og regelverk for å delta i forskning besluttet vi å kun intervju foreldre. I hvert case har vi intervjuet én til to ansatte som har hatt en sentral rolle i saken.

Alle intervjuene er gjennomført via telefon eller video, da det ikke ble vurdert som forsvarlig å gjennomføre intervjuene ved fysisk oppmøte på grunn av restriksjoner i forbindelse med Covid-19.

Prosjektlederne i kommunene rekrutterte foreldre til å delta i evalueringen. Foreldrene har gitt skriftlig samtykke til å delta. Foreldrene har selv navngitt ansatte som var aktuelle å intervju.

Saksdokumentasjon

I utgangspunktet var det lagt opp til at vi skulle gjennomgå saksdokumentasjon knyttet til casene. Dette er ikke gjort av to årsaker. For det første var det ikke opprettet stafettlogg i flere av sakene, og saksdokumentasjonen forelå derfor kun i tjenestenes saksbehandlingssystemer.

Dette ville vært ressurskrevende å hente

02 | Metodisk gjennomgang

ut og anonymisere. For det andre kunne ikke prosjektteamet reise til kommunen, og det ville krevd en stor innsats knyttet til anonymisering og personvern dersom slik dokumentasjon skulle vært sendt per e-post. Vår vurdering er at dette i liten grad har svekket datagrunnlaget.

Tabellen (fig 4) gir en oversikt over hva de ulike casene handlet om, barnets alder, hvilken tjeneste saken hadde sitt utspring fra, og hvem som har vært intervjuet i evalueringen. Det var ingen utvalgsriterier med hensyn til hva saken skulle handle om eller kompleksiteten i samarbeidet. Det har heller ikke vært et mål å få med foreldre med særlig positiv erfaring eller særlig negativ erfaring.

Case	Alder	Utspring	Bekymring	Informanter
1	7 år	Barnehage	Mor bekymret for sosial samhandling ved 4-5 års alder. Barnet har vært utsatt for vold i tidlig barndom	Barnets mor, pedagogisk leder i barnehagen og kontaktperson i barneverntjenesten
2	0 år	Helsestasjon	Mor med rusmiddel-problemer, under oppfølging i TSB blir gravid	Barnets mor, miljøarbeider og jordmor
3	12 år	Skole	Barn med medfødt (mild) utviklingshemming og sammensatte behov	Barnets mor, assistent på skolen og koordinator
4	5 år	Barnehage	Mor bekymret for barn uten språk ved 2 års alder, da barnet skulle begynne i barnehagen	Barnets mor, ansatt i barnehage og logoped
5	11 år	Skole	Barn med medfødt utviklingshemming og sammensatte behov	Barnets mor og assistent på skolen
6	11 år	Helsestasjon	Barn med sterk skolevegring	Barnets mor, helsesykepleier på skolen (koordinator) og psykolog
7	9 år	Skole	Mor bekymret for utagerende atferd. Mor og barn har blitt hasteflyttet av barnevernet i tidligere hjemkommune	Barnets mor og lærer på skolen
8	3 år	Barnehage	Barn akutt plassert i fosterhjem i tidlig barndom, med medfødt utviklingshemming. Mor uttrykt bekymring for utagerende atferd ved oppstart i barnehage i 3-års alder	Barnets fostermor og ansatt i barnehagen

Fig 4 – Oversikt over case

02 | Metodisk gjennomgang

Programteori

Innenfor evalueringsfaget benyttes ofte programteorier for å fremstille en logisk oversikt over tiltaket eller programmet som skal evalueres¹. Vi har utarbeidet en programteori for BTI-modellen, og knytter problemstillingene i de ulike arbeidspakkene i følgeevalueringen opp mot denne. Programteorien gir oversikt over hvilke ressurser som må være på plass

for at modellen skal implementeres, hvilke aktiviteter som må gjennomføres, og hvilke målsettinger man har med modellen har på kort og lang sikt. Modellen synliggjør de teoretiske antagelsene for hvorfor tiltaket skal føre til de tilsiktede effektene. I tillegg til at de teoretiske antagelsene bak modellen må være korrekte, har også implementeringskvalitet stor betydning.

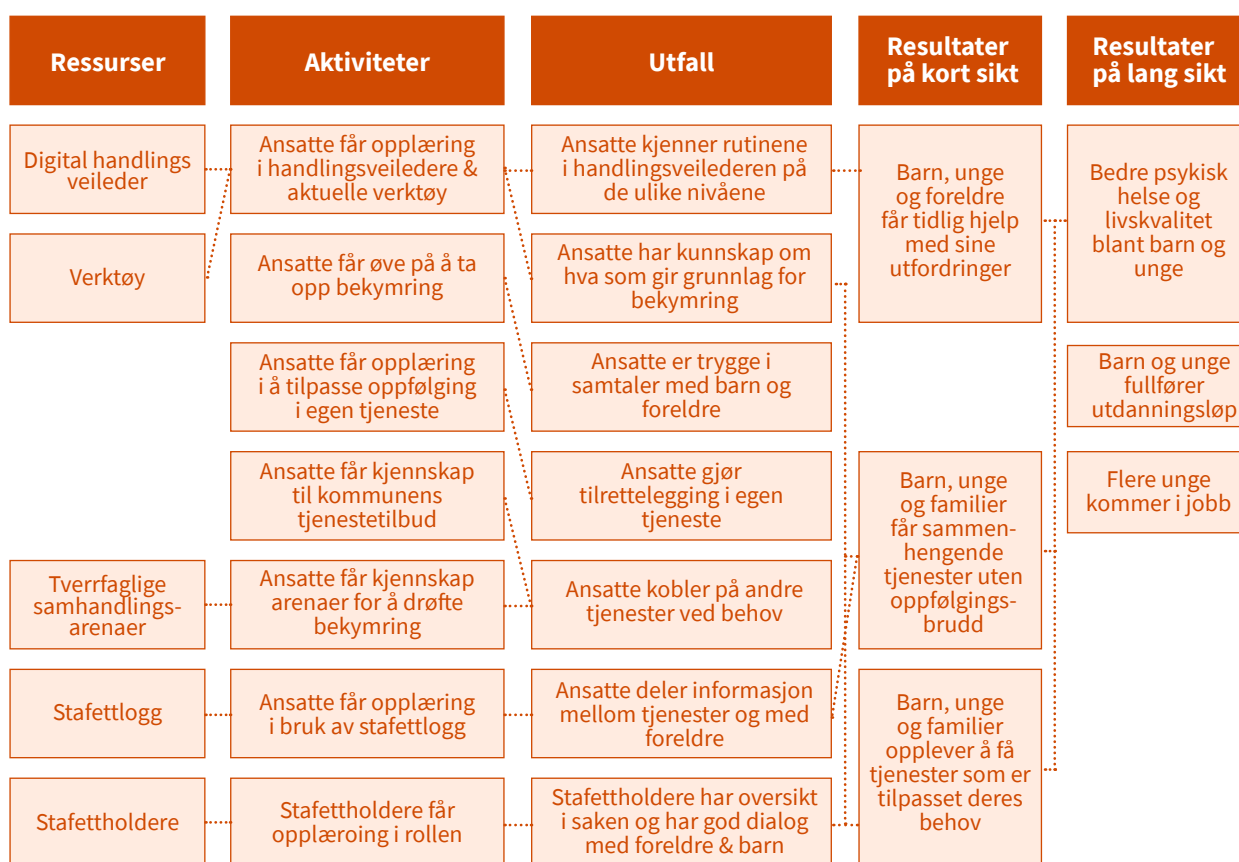


Fig 5 – Programteori for implementeringen av BTI

Ressurser

Første del av programteorien viser at det er en rekke ressurser som må være tilstede for at BTI-modellen skal fungere i praksis. I denne sammenhengen definerer vi ressurser som rammebetingelser og investeringer fra de involverte organisasjonene. Dette inkluderer digitale handlingsveiledere,

tilhørende verktøy, tverrfaglige samhandlingsarenaer, stafettlogg og ansatte, inkludert rollen som stafettholdere. Alle disse elementene er belyst i følgeevalueringens arbeidspakke 1a, Følgeevaluering system.

Aktiviteter og utfall

I andre del av programteorien knyttes ressursene til aktivitetene og de forventede

¹S.C. Funnell & P.J. Rogers (2011): Purposeful Program Theory, Josseybass

02 | Metodisk gjennomgang

utfallene av å arbeide etter BTI-modellen. Med aktiviteter mener vi her arbeidsmåtene som ansatte skal jobbe på, i henhold til BTI-modellen. Dette gjelder både ansatte på all-arenaene helsestasjon, barnehage og skole, og i hjelpetjenestene, som barneverntjeneste og PP-tjeneste. Ansatte i helsefremmende og forebyggende instanser har en avgjørende rolle i å implementere BTI-modellen. Dette er nært knyttet til arbeidspakke 1b, Ansatt.

Resultater på kort sikt

I tredje del av programteorien har vi skissert resultatene som forventes av å arbeide i tråd med BTI-modellen på kort sikt. Med resultater på kort sikt menes endringer i kunnskap og holdninger, herunder hos barn, unge og familier som mottar tjenester. Målsettinger er at brukerne skal oppleve at de kommunale tjenestene evner å fange opp utfordringer tidlig, og tilby tjenester som oppleves som helhetlige og koordinerte/samordnede og at de får medvirke i utformingen av eget tilbud. Dette er hovedfokus i Arbeidspakke 1c, Individ.

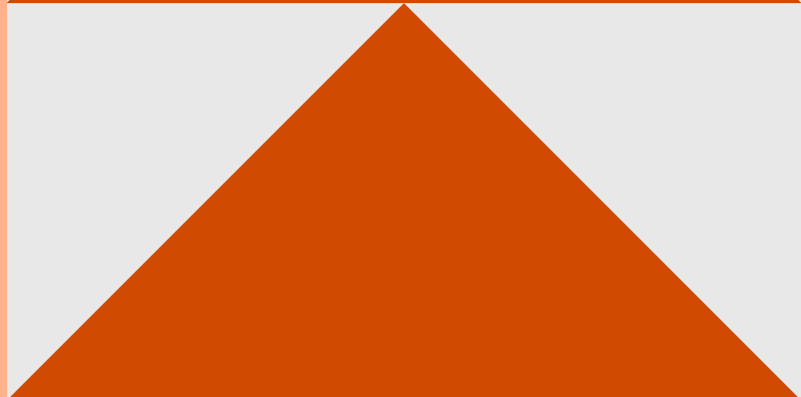
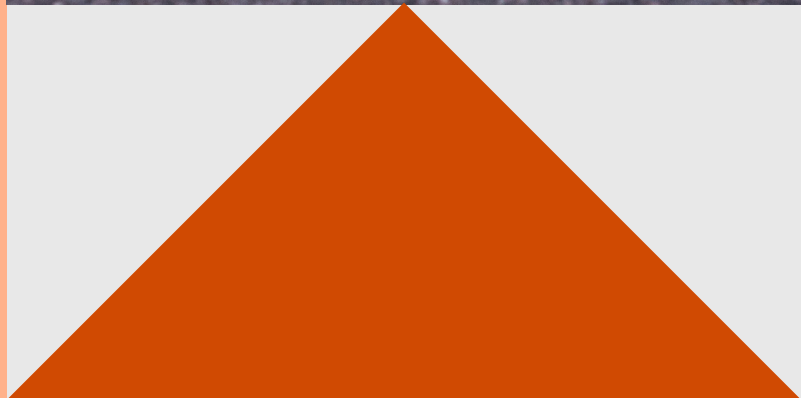
Resultater på lang sikt

På lang sikt er formålet med å arbeide etter BTI-modellen å forbedre barn og unges livskvalitet og psykiske helse. Dette ligger utenfor designet for denne følgeevalueringen.

For at BTI-modellen skal føre til de ønskede resultatene på kort og lang sikt, forutsetter det at kommunene implementerer modellen på tiltenkt måte. Dette gjelder både at de nødvendige ressursene er tilgjengelige, og at ansatte endrer atferd og begynner å ta i bruk verktøy og arbeider i tråd med handlingsveiledere.

03

Implementering av BTI i kommunene



03

Implementering av BTI i kommunene

Det er stor variasjon mellom de ulike kommunene i hvor lenge de har arbeidet med BTI. En del kommuner startet i 2015, og har holdt på i seks år. To av kommunene har startet opp så nylig som i 2019 og 2020. Generelt startet kommunene i Lister før kommunene i Østre Agder og Lillesand. I arbeidspakke 1A kartla vi prosjektledernes erfaringer med implementering i egen kommune. Dette var blant annet basert på tidligere forskning om implementering av BTI³.

Det finnes flere ulike modeller som kan benyttes i implementeringen av BTI. I løpet av perioden som evalueringen har pågått, har kommunene i Agder blitt kjent med en generell implementeringsmodell for folkehelsearbeid som er utviklet av kompetansesentrene Rbup Øst og Sør, RKBU Midt, RKBU Vest, RKBU Nord og KORUS Øst². Vi har derfor lagt denne til grunn i vår beskrivelse av implementeringen av BTI. I henhold til denne modellen, kan arbeidet med BTI kan deles inn i fire faser, som illustrert i figuren.



Fig 6 – Implementeringsmodell

Fase 1 - Forberede implementeringen

I denne fasen forbereder kommunene implementeringen av BTI, gjennom å vurdere om BTI er riktig tiltak for å løse de konkrete utfordringene og å vurdere hvorvidt kommunens organisasjon har de riktige forutsetningene for å gå i gang med arbeidet.

Utforske og tilpasse tiltak

Til grunn for beslutningen om å implementere BTI i kommunene, ligger det

i de fleste kommunene en erkjennelse av at arbeidet med tidlig innsats rundt barn og unge ikke er godt nok systematisert og at man ikke lykkes godt nok med tverrfaglig samarbeid. I enkelte kommuner har tilsyn bidratt til å tydeliggjøre utfordringene. BTI-modellen utgjør dermed svaret på et behov som de fleste kommunene kjenner sterkt på.

² Kompetansestøtte til kommuner i program for folkehelse

³ KoRus Sør, Møller, Geir, 2016, Erfaringer med BTI i åtte nøkkkommune.

03 | Implementering av BTI i kommunene

BTI har vært prøvd ut fra nasjonalt hold, og erfaringene fra dette er blant annet oppsummert i NIBR sin rapport "Erfaringer fra BTI i åtte nøkkeltkommuner". Alle kommunene i Agder har hatt egne prosesser for å tilpasse BTI-modellen til sin lokale kontekst. Blant annet har de tatt utgangspunkt i det de hadde på plass av systemer, rutiner, verktøy og samarbeidsarenaer fra før. I Lister-regionen var det også et godt nettverkssamarbeid mellom de ansvarlige i kommunene i denne fasen, blant annet knyttet til å utarbeide lokale handlingsveiledere og tilhørende verktøy.

Kartlegge forutsetningene for implementering

Som en del av forberedelsesarbeidet fremheves det i veilederen at kommunene bør kartlegge kommunens forutsetninger for å lykkes med implementeringen på lang sikt. Vi har lite innsikt i hvordan kommunene tilnærmet seg dette. Vårt inntrykk er imidlertid at dette har vært gjort i begrenset grad.

Fase 2 - Planlegge implementeringen

I denne fasen skal implementeringen planlegges og detaljeres i en implementeringsplan. Basert på vurderingene som ble gjort i forberedelsesfasen, skal man bestemme seg for hvordan implementeringen skal gjennomføres, i form av involvering, informasjon og opplæring. Man skal også tydeliggjøre hvordan arbeidet skal organiseres, med tydelige roller og ansvar. Implementeringsplanen skal sikre aktiviteter, fremdrift, ansvar og rollefordeling mellom de ulike aktørene i implementeringsarbeidet.

Velge og tilpasse implementeringsstrategier

De fleste prosjektlederne har utarbeidet prosjektplaner med milepæler i BTI arbeidet. Alle de 13 kommunene har valgt å gå bredt ut i implementeringen fra starten. De har ikke valgt ut piloter, som å starte i en geografisk del av kommunen eller blant enkelte enheter. Dette kan ha sammenheng med at de fleste kommunene som er med i BTI Agder samarbeidet, er relativt små kommuner.

De aller fleste har startet med å utvikle handlingsveileder og tilhørende verktøy. Det ser ut til å ha vært jevnt over bred involvering i dette arbeidet, spesielt gjennom tverrfaglig sammensatte arbeidsgrupper. I de fleste kommunene har representanter for tjenestene som skal bruke handlingsveileder og verktøy vært involvert i dette arbeidet. Det har også vært godt samarbeid i nettverkene, spesielt i Lister-regionen hvor kommunene startet på dette arbeidet samtidig.

Når det gjelder strategier for å informere om BTI og gi opplæring og kompetanseheving, har de fleste kommunene lagt opp til at lederne for de ulike tjenestene, som helsestasjon, barnehagene, skolene og hjelpetjenestene, skal gjøre BTI kjent blant egne ansatte. Vår vurdering er at kommunene ser ut til å ha overvurdert ledernes forutsetninger og kapasitet til å drive implementeringsarbeidet i egen barnehage, skole osv, og har hatt for lite bevissthet rundt valg av implementeringsstrategi. Enkelte kommuner har tatt i bruk et nettverk av såkalte endringsagenter på den enkelte barnehage, skole, helsestasjon mv. Disse kalles gjerne BTI-kontakter, BTI-ambassadører eller ressurspersoner. Vi har likevel ikke inntrykk av at kommunene har brukt dem som et implementeringsteam som skal sørge for at planlagte aktiviteter skjer på egen enhet i tråd med planen.

03 | Implementering av BTI i kommunene

Etter hvert som vi har blitt mer kjent med arbeidet i den enkelte kommune, er vår vurdering at arbeidet kunne vært enda mer systematisk planlagt, med hva slags implementeringsaktiviteter som skal skje og når, og hvem som har ansvar for at det blir gjennomført.

Vi ser også at kommunene i liten grad har definert hvor langt arbeidet med BTI skulle vært kommet i løpet av prosjektperioden, altså hvilke leveranser prosjektet skulle levere før overlevering til drift.

Sikre forankring og implementeringsledelse

Prosjektlederne i kommunen har stort sett vurdert at BTI-arbeidet er godt forankret både blant administrativ og politisk ledelse i kommunen. Enkelte har formelle politiske vedtak om å implementere BTI. I de aller fleste kommunene er også BTI satsingen beskrevet i kommunenes strategiske plandokumenter. Det er også vår samlede oppfatning fra perioden følgeevalueringen har pågått at BTI er et prioritert satsingsområde i de kommunene som er med.

Alle kommunene har valgt å organisere arbeidet med BTI i form av et prosjekt. I et prosjekt er det ulike roller som må fylles, herunder en prosjekteier, en styringsgruppe, en prosjektleder og en prosjektgruppe.

Det varierer hvor i kommuneorganisasjonen BTI-satsingen er organisatorisk forankret og hvem som er eier av satsingen. Etter hvert som vi har blitt kjent med den enkelte kommunes organisering av arbeidet, har vi også blitt klar over at det varierer hvorvidt det er styringsgrupper for BTI-arbeidet. Generelt er vår vurdering at lederne for alle de berørte tjenestene, både rettett mot barn og deres omsorgspersoner, bør

være representert i styringsgruppen for å sikre nødvendig ledelsesforankring i alle tjenestene.

Alle kommunene har utpekt en person som har rollen som prosjektleder som har ansvar for å lede BTI arbeidet. I enkelte kommuner omtales denne rollen som BTI-koordinator. De fleste av prosjektlederne har hatt ansvar for BTI i tillegg til andre oppgaver. Noen jobber innenfor oppvekstsektoren, andre innenfor helsesektoren og noen direkte under kommunedirektøren. De fleste prosjektlederne har positive erfaringer med sin egen plassering i organisasjonen. Enkelte problematiserer imidlertid dette. For eksempel fremheves det av en enhetsleder innenfor oppvekstsektoren (for eksempel rektor), at det kan være krevende å skulle ta en rolle "over" andre enhetsledere ettersom de ellers er på samme ledernivå.

I åtte av kommunene har prosjektlederne hatt rollen siden kommunen startet med BTI, mens i fire av dem har nåværende prosjektleder overtatt rollen fra tidligere prosjektledere. Syv av prosjektlederne har hatt omkring 20 % av sin stilling satt av til BTI arbeidet, tre har hatt om lag 50 %, én har hatt 75 % og én kommune har hatt en 100 % stilling satt av til BTI. Blant prosjektlederne som har BTI i tillegg til andre oppgaver, er de fleste ansatt innenfor Oppvekstsektoren. Vår vurdering er at de kommunene som kun har satt av 20 % stilling til prosjektledelse av BTI, kunne fått raskere fremdrift i implementeringsarbeidet dersom de hadde satt av mer ressurser.

Gjennom følgeevalueringen har vi også blitt kjent med at de som har fått rollen som prosjektleder i varierende grad har erfaring og kompetanse i prosjektledelse. De fleste prosjektlederne har faglige stillinger, og ikke formell kompetanse i prosjektledelse.

03 | Implementering av BTI i kommunene

Prosjektlederne har også i større eller mindre grad hatt prosjektgrupper eller arbeidsgrupper som har jobbet sammen om BTI. I de fleste tilfellene er helsestasjon, barnehage og skole representert, og i mange kommuner er også flere av hjelpetjenestene representert, slik som barneverntjenesten, PP-tjeneste, NAV, forebyggende psykisk helsetjenester osv. Det varierer mellom kommunene hvor mange som har vært med i disse gruppene og hvordan de har jobbet sammen.

Planlegge monitorering av implementering og nytteverdi

I henhold til implementeringsrammeverket, skal man i denne fasen planlegge hvordan man skal innhente informasjon og erfaringer som sier noe om implementeringskvaliteten, resultatoppnåelse og nytteverdi.

Kommunene har i svært liten grad laget systemer som gir dem løpende informasjon om hvordan det går med implementeringsarbeidet i egen kommune. Følgeevalueringen ble planlagt på et tidlig stadium, for å gi svar på dette på regionnivå. I løpet av evalueringsperioden har vi hatt det som tema på nettverkssamling med prosjektlederne om hvordan de kan drive egevalueringsarbeid ved bruk av både kvantitative og kvalitative metoder. Blant annet har vi utviklet et spørreskjema som kan besvares av ansatte i basistjenestene med jevne mellomrom for å undersøke noen hovedgevinster, slik som hvor stor andel som kjenner handlingsveilederen, hvor stor andel som opplever å være trygge på å avdekke bekymring osv.

Fase 3 - Implementere

I denne fasen skal implementeringsaktivitetene gjennomføres som beskrevet i planen, og prosjektet skal følge med på hvordan det går med implementeringen og gjøre nødvendige justeringer og tilpasninger.

Iverksette implementeringsstrategiene

Som nevnt, har de fleste kommunene lagt opp til at prosjektleder og prosjektgruppene skal utvikle handlingsveileder, verktøy, vurdere anskaffelse av prosjektlogg og planlegge implementeringsarbeidet, men at selve implementeringen skal foregå gjennom lederne for de ulike tjenestene.

Prosjektlederne for BTI har gjort et stort arbeid med å dra rundt til de ulike tjenestene og informere om hva målsettingen med BTI er, hvor man finner handlingsveileder og verktøy og konkretisert hvordan de ønsker at ledere og ansatte skal jobbe. BTI Agder har utviklet en film som kommuniserer tydelig hva som er målsettingene med BTI arbeidet og hva man ønsker å oppnå fra et ansatte- og brukerperspektiv.

I enkelte kommuner har det også vært gjennomført øving på å jobbe i henhold til BTI-modellen med utgangspunkt i konkrete case. Flere kommuner har også hatt kompetansehevingstiltak, som kurs i Ta opp Uro, som har blitt knyttet til BTI arbeidet. Vi ser nærmere på ansattes erfaringer med de ulike implementeringsaktivitetene senere i rapporten.

Når det gjelder gjennomføringen av konkrete opplæringsaktiviteter er vår vurdering at det i for stor grad har vært opp til den enkelte barnehagestyrer, skoleleder og leder for helsestasjon å sørge for at ansatte jobber i tråd med handlingsveilederen. En slik tilnærming har bidratt til at noen ledere har fått til endring i praksis, mens andre ikke har det. De fleste kommunene erfarer derfor at det er forskjeller mellom barnehager og mellom skoler med tanke på hvilke implementeringsaktiviteter som er gjennomført og dermed hvor godt implementert det er. I etterkant av følgeevalueringen er vår vurdering at flere kommuner kunne hatt nytte av å etablere et implementeringsteam som kan utforme

03 | Implementering av BTI i kommunene

felles opplegg før informasjon, øving med utgangspunkt i case på ulike trinn i handlingsveilederen, og bidra til at det blir gjennomført på alle enheter.

Med hensyn til implementeringsledelse, er vårt inntrykk at det varierer mellom kommunene hvor tett dialog prosjektlederne har hatt med styringsgruppen og/eller prosjekteier. En kommune har hatt en fast struktur hvor styringsgruppen og prosjektgruppen har møttes fast hver uke, og etter hvert annen hver uke, mens andre har møttes ad hoc eller omkring en gang i halvåret. En fast og hyppig møtestruktur vil kunne bidra til raskere fremdrift i implementeringsarbeidet fordi man får raskere avklaringer, sentrale ledere tettere på, og mer fokus på arbeidet på enhetene.

I enkelte kommuner kan det virke som at politisk og administrativ ledelse ikke har tatt inn over seg hva implementering av BTI innebærer i praksis. Alle støtter opp under målsettingene med BTI, men forståelsen for at BTI er en endringsprosess som avhenger av at alle tar sitt ansvar i implementering, varierer mellom kommunene. Fra et ledelsesnivå kan det handle om at ordningen fremsnakkes og at man som leder er tydelig på at "slik gjør vi det hos oss", at det oppfordres og settes av tid til samhandling på tvers, at opplæringsaktiviteter tas inn i enhetenes årshjul mv. I tilfellene hvor BTI nærmest er et prosjekt som er delegert til noen få, ser vi at endringsarbeidet tar tid.

Monitorere implementeringen

Følgeevalueringen har bidratt til å fremskaffe kunnskap om hvordan det går med implementeringen av BTI i kommunene. Utover det, er vårt inntrykk at kommunene ikke har laget noe helhetlig system for å følge med på om planlagte implementeringsaktiviteter gjennomføres, hvordan det jobbes med BTI i praksis eller om det bidrar til å oppnå målsettingene

sett fra et brukerperspektiv. Likevel har flere kommuner ulike former for innhenting av erfaringer eller indikatorer på hvordan det går med BTI-arbeidet. Vi vil trekke frem noen konkrete eksempler.

Alle kommunene fikk tilbud av KoRus Sør om å gjennomføre en BTI-undersøkelse ved oppstarten av implementeringen. Tre år senere fikk kommunene tilbud om å gjennomføre en underveisundersøkelse, som gir mulighet til å måle utvikling på de samme områdene som ble kartlagt ved oppstart. Dette ble gjennomført omkring 2020 i alle kommunene i Lister, pluss Risør og Åmli. Undersøkelsen har blant annet gitt verdifull innsikt i hva ansatte opplever å ha god og mindre god kompetanse på, relatert til å jobbe godt med BTI. Flere av kommunene har brukt dette som utgangspunkt for å vurdere hvor de må rette ekstra fokus i implementeringsarbeidet, særlig når det gjelder behovet for kompetanseheving.

Vi har også eksempler på at kommunene har satt i system at de evaluerer tverrfaglige møter, både mellom ansatte som er tilstede, men også erfaringer fra foreldre.

Flere av kommunene har også brukt oss fra PwC til å presentere funn fra følgeevalueringen overfor prosjektgrupper og/eller styringsgrupper, med fokus på resultater fra egen kommune, som grunnlag for å beslutte hva de trenger å fokusere på fremover.

Fortløpende vurderinger og justeringer

Vårt inntrykk er at prosjektlederne har stort fokus på å ta tilbakemeldinger fra praksisfeltet på hva som fungerer godt og ikke, og at de forsøker å gjøre justeringer i henhold til dette, så langt det lar seg gjøre. Et godt eksempel er at evalueringen og lokale erfaringer pekte på behovet for å tydeliggjøre hva som ligger i rollen til en stafettholder, til forskjell fra en koordinator.

03 | Implementering av BTI i kommunene

På bakgrunn av dette utarbeidet en kommune en beskrivelse av begge disse rollene, som ble tilgjengeliggjort i handlingsveilederen. Flere kommuner i nettverket har sett til denne i egne prosesser med å tydeliggjøre disse rollene i egen kommune.

Når det er sagt, ser det ikke ut til at kommunene har etablert noen systematikk i dette arbeidet, i form av prototyping, testing eller pilotering. Justeringene har blitt gjort som følge av mer eller mindre tilfeldige tilbakemeldinger som prosjektgruppene har fått kjennskap til.

Fase 4 - Videreføre

De fleste kommunene nærmer seg slutten av den perioden de har satt av til BTI som prosjekt. Det innebærer at BTI-satsingen i teorien skal overføres i ordinær drift fra 2022. I denne fasen skal kommunene evaluere BTI arbeidet og sikre bærekraft, samt sikre systemer og rutiner for å videreføre arbeidet i ordinær drift.

Evaluere og sikre bærekraft

De fleste kommunene erkjenner at BTI ikke er implementert i tilstrekkelig grad til at det kan sies å være integrert i lederes og ansattes vante måter å handle på. Det betyr at det vil være behov for at en prosjektleder eller dedikert ressurs har et uttalt ansvar for å drive satsingen videre. Noen kommuner har valgt å videreføre en prosjektstilling, og andre har plassert ansvaret hos en fast ansatt som fortsatt skal ha ansvar for BTI-arbeidet.

Sikre systemer og rutiner som viderefører

Flere av prosjektlederne har også erkjent at det ikke har vært tydelig nok beskrevet hvilket ansvar som skal ligge til prosjektleder og prosjektgruppe og hvilket ansvar som skal ligge til den enkelte leder når det gjelder implementering. Alle kommunene jobber nå med å sikre at BTI-satsingen videreføres

etter prosjektperioden formelt er over. Som en del av opsjonen i evalueringen har PwC bistått flere kommuner i å utarbeide planer for det videre implementeringsarbeidet, og tydeliggjøre roller og ansvar. En kommune har benyttet PwC til å bistå i å etablere et implementeringsteam av BTI ambassadører på den enkelte enhet, for å få økt trykk på implementeringsarbeidet. En annen kommune har arrangert samlinger med ledere på tvers av ulike tjenester, for å få en felles forståelse for arbeidet, og med intensjon om å ha slike samlinger en gang per halvår, med konkrete implementeringsoppgaver i mellomtiden.

Kontekst for implementering

Det har vært flere utenforstående faktorer som har påvirket implementeringsarbeidet av BTI i de 13 Agder-kommunene, som er verdt å nevne.

Ulikt utgangspunkt i kommunene

Kommunene har ulike erfaringer fra tidligere lignende arbeid, som kan være med å forklare hvor langt de har kommet når det gjelder implementering og hvilke erfaringer de har gjort seg. Flere kommuner har vært med i Modellkommuneforsøket tidligere, blant andre Arendal, Gjerstad og Lillesand. Gjerstad er i tillegg med i Tidlig inn ved KoRus. Det er også flere kommuner som har vært med i Barn i rusfamilier (BiR), blant annet Risør og Gjerstad, og har lagt mye av grunnlaget for BTI arbeidet gjennom denne satsingen.

Utskiftning blant nøkkelpersoner

I flere av kommunene har det også vært utskiftning av nøkkelpersonell. I en av tre kommuner har det vært skifte av prosjektleder for BTI. I en del kommuner har det også vært utskiftning blant kommunalsjefer som har en særlig viktig rolle som prosjekteier eller medlem i styringsgruppe, og som har en viktig rolle i implementeringsarbeidet.

03 | Implementering av BTI i kommunene

Korona-pandemien

De to årene som følgeevalueringen har pågått, har i stor grad vært preget av koronaopandemien. Dette har påvirket implementeringen av BTI negativt av flere grunner. For det første har prosjektlederne i flere kommuner blitt benyttet til andre oppgaver i forbindelse med kommunens håndtering av pandemien, som testing og vaksinerings. For det andre har det vært krevende å samle ansatte og ledere til opplæringsaktiviteter. Korona-håndteringen har også medført at ledere og ansatte i barnehager og skoler har hatt stort fokus på smittevern og alternativ organisering av hverdagen, som kan ha gått på bekostning av utviklingsarbeid som BTI.

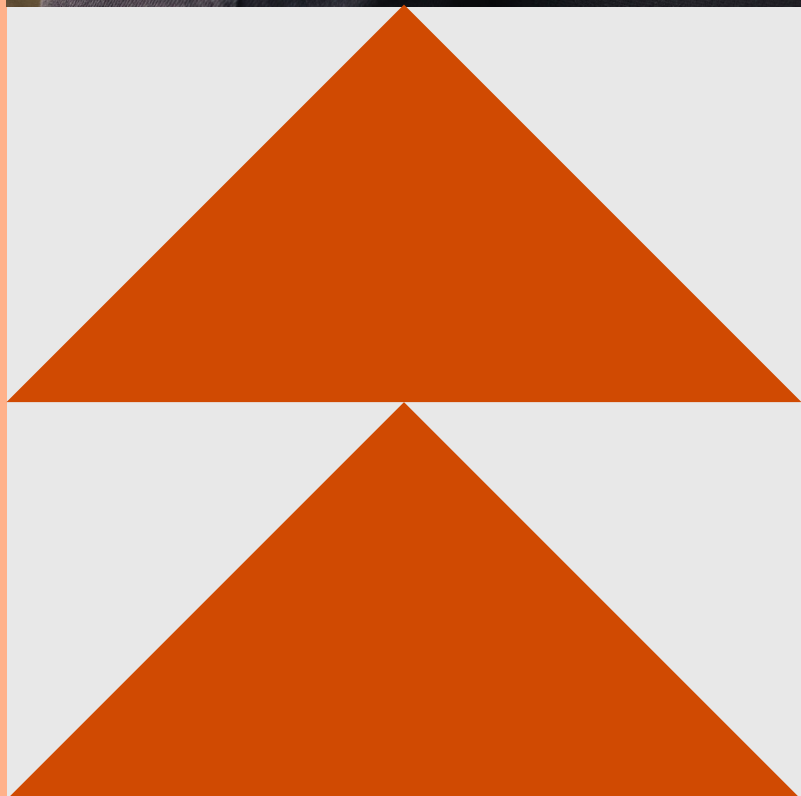
Andre store endringer i kommunene

I perioden som følgeevalueringen har pågått, ble det gjennomført kommunesammenslåing av to av kommunene som deltok. Andre kommuner har hatt omorganiseringer i egen kommune. Slike store organisasjonsendringer krever kapasitet av organisasjonen, som kan gå på bekostning av implementeringen av BTI.

I 2020 ble også fagfornyelsen gjennomført i skolene, som har tatt mye fokus og kapasitet fra skolenes side. Dette kan ha blitt prioritert foran BTI på skolene.

04

Ressurser i BTI arbeidet



04

Ressurser i BTI arbeidet

Som vist i programteorien, er det noen ressurser som er helt sentrale i BTI-arbeidet. Dette dreier seg om handlingsveileder, verktøy, stafettlogg og stafettholder. Vi har også valgt å inkludere tverrfaglige samhandlingsarenaer, ettersom dette har blitt tydelig gjennom følgeevalueringen at disse arenaene er sentrale i BTI arbeidet. Alle disse elementene omtales i korte trekk her, og vil utdypes senere i rapporten med fokus på ansattes og brukeres erfaringer.

Handlingsveileder

Handlingsveilederen har som formål å lage en struktur på arbeidsoppgavene og beskrive forløpet i arbeidet. Disse er strukturert i henhold til de fire nivåene i BTI-arbeidet, som vist i figuren nedenfor.

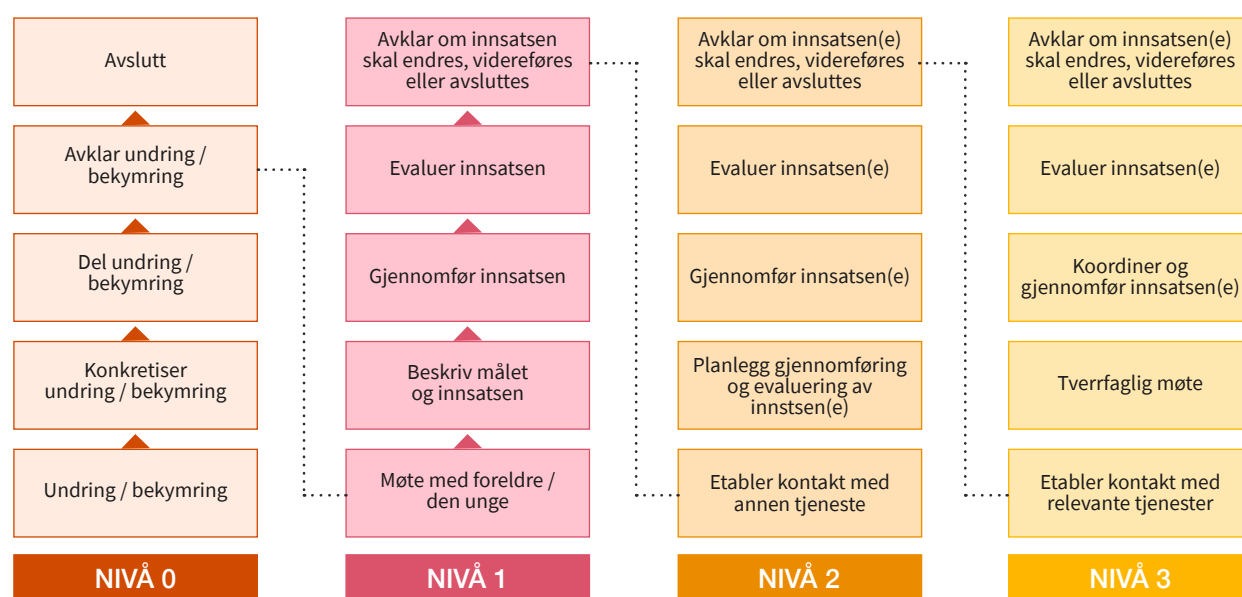


Fig 7 – BTI-modellen og de fire nivåene

Alle kommunene har utarbeidet en handlingsveileder, og de aller fleste har gjort den tilgjengelig digitalt. Det varierer mellom kommunene hvorvidt de har utarbeidet en handlingsveileder som er felles for alle tjenestene i kommunen, eller om de har utarbeidet egne handlingsveiledere for helsestasjon, barnehage og skole. Alle Lister-kommunene har utarbeidet egne handlingsveiledere for de ulike tjenestene, mens de fleste av kommunene i Østre Agder har utviklet felles handlingsveileder på tvers

av tjenester. En del av kommunene har lagt handlingsveilederen ut på kommunens egne hjemmesider. Lister-kommunene har samarbeidet om å anskaffe en digital handlingsveileder via et eksternt byrå. Denne er også tilgjengeliggjort på mobil og nettbrett. I tilknytning til handlingsveilederen har også Risør kommune, Lister-kommunene og senere Arendal kommune utviklet en kompetanseportal som ligger tilgjengelig på deres nettsider.

04 | Ressurser i BTI arbeidet

Verktøy

Alle kommunene har utviklet ulike typer verktøy som skal være til støtte for ansatte i å gjennomføre de ulike trinnene i handlingsveilederen. Verktøyene inneholder mer spesifikke metoder eller rutiner, som støtter handlingene i prosessen fra å oppdage, vurdere, beslutte og iverksette oppfølging. Det varierer hvor mange verktøy den enkelte kommune har utarbeidet. Dette er de verktøyene som de fleste kommunene har:

- Oversikt over tegn og signaler
- Oversikt over risiko- og beskyttelsesfaktorer
- Bekymringsskala
- Undringsnotat
- Mal for undringssamtale
- Samtykkeskjema
- Skjema for henvisning til barneverntjenesten
- Oversikt over tjenester/tiltak
- Møtemal
- Verktøy for å øve på samtale med barn og foreldre, som [snakkemedbarn.no](https://www.snakkemedbarn.no)

En del av kommunene har tydeliggjort hvilke verktøy som er aktuelle å bruke på hvilket trinn, mens andre kun har gjort verktøyene tilgjengelige, uten at det er enkelt for ansatte å forstå når i prosessen de skal brukes.

Det har vært en målsetting i BTI Agder at verktøyene skal være kunnskapsbaserte. Våren 2020 oppga litt flere enn halvparten av prosjektledere at verktøyene i stor eller svært stor grad er kunnskapsbaserte. Arbeidet med å utvikle nye verktøy har pågått gjennom hele evalueringsperioden, og flere kommuner har oppdatert verktøyene og utvidet verktøykassa med flere verktøy. Det er blant annet flere som har utarbeidet rollebeskrivelser for stafettholder og koordinator etter at det kom frem et behov

for å tydeliggjøre dette. Det varierer hvorvidt kommunene har samarbeidet med andre i utviklingen av støtteverktøy. Kommunene Lyngdal, Flekkefjord, Kvinesdal, Farsund og Sirdal i Lister startet med BTI arbeidet omtrent samtidig, og samarbeidet på regionalt nivå om utviklingen av verktøy knyttet til handlingsveilederen. I Østre-Agder har kommunene hatt noe mer ulik inngang til BTI, og startet arbeidet på ulike tidspunkt, og har ikke hatt tilsvarende samhandling rundt utviklingen av verktøy. Det er derfor større variasjon mellom disse kommunene.

Stafettlogg

Et annet sentralt element i BTI er stafettlogg, som er et elektronisk system for lagring og utveksling av informasjon. Formålet med denne er å sikre at det ikke blir brudd i hjelpetilbudet fra kommunen og å samordne kommunens tjenestetilbud. Det betyr at loggen følger brukeren uavhengig av hvem som til enhver tid tilbyr tjenester.

Da følgeevalueringen startet høsten 2019 var det kun én kommune, Sirdal, som hadde gått til anskaffelse av digital stafettlogg. Kommunen benytter Conexus Stafettlogg og har gjort seg erfaringer med verktøyet over flere år. Disse erfaringene omtales nærmere i kapitlene om ansattes og brukeres erfaringer.

Under BTI Agder har det vært et delprosjekt som har arbeidet med anskaffelse og utprøving av digital stafettlogg, under ledelse av Risør kommune. Kommunene har vært i dialog med tre leverandører; Conexus, Visma Samspill og DIPS. Høsten 2020 tok Risør i bruk DIPS Samspill stafettlogg, mens Lillesand tok i bruk stafettlogg fra Visma våren 2021.

Risør kommunes anskaffelse er et forprosjekt for en større felles anskaffelse for IKT Agder kommunene, og andre kommuner kan også dra nytte av Risørs og Lillesands anskaffelsesprosess og erfaringer med

implementering. Delprosjektet har levert underveisrapporter, og vil også levere en sluttrapport ved avslutning av BTI Agder. Se også rapporten Stafettloggen – erfaringer fra kommuner så langt (KoRus, desember 2019). Erfaringene knyttet til stafettlogg omtales nærmere i kapitlene om ansattes og brukeres erfaringer, samt i det siste kapitlet om samlede vurderinger og anbefalinger.

Stafettholder

Stafettholder brukes som betegnelse på den som “den som til enhver tid har koordineringsansvar for å følge opp brukeren”⁴.

Ifølge Helsedirektoratets nettside tidliginnsats.forebygging.no, kan oppgavene være å:

- koordinere den samlede innsatsen for det enkelte barn
- innkalle til tverrfaglige samarbeids- og koordineringsmøter
- sette dagsorden for møtene
- innkalle til ad hoc-møter ved uforutsette eller plutselig oppståtte behov
- ha ansvaret for å lede de tverrfaglige samarbeids- og koordineringsmøtene
- ha ansvaret for å introdusere nye parter i samarbeidet
- ha ansvaret for å gi beskjed (på en hyggelig måte) til de, som ikke lenger er nødvendige i innsatsen
- ha ansvar for å involvere barn og foreldre i det tverrfaglige samarbeidet
- fungere som sentral kontaktperson og koordinator
- loggføre (eller har ansvar for at en annen gjør det)
- peke ut en som følger med på utviklingen til den gravide, barnet, den unge og/eller familien

Funnene fra evalueringen tyder på at det i de fleste tilfeller er den som er tettest på

den gravide, barnet eller ungdommen det gjelder i hverdagen, som for eksempel jordmor, helsesykepleier, pedagogisk leder i avdelingen i barnehagen eller kontaktlærer på skolen. Det varierer hvor godt kommunene har fått denne rollen til å fungere i praksis, noe vi kommer nærmere inn på i kapittel 5 og 6.

Tverrfaglige samhandlingsarenaer

De fleste kommunene har formaliserte tverrfaglige samhandlingsarenaer knyttet til BTI-modellen. Generelt ser det ut til at de fleste kommunene har to hovedtyper samhandlingsarenaer;

1. en arena for tverrfaglig drøfting av barn/ ungdom/familier som det er uro for, som grunnlag for å beslutte videre oppfølging, ofte i tilknytning til barnehager og/eller skoler (nivå 1 - 2), og
2. en arena for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester for barn/ungdom/familier som får tiltak fra flere tjenester (nivå 3).

Samhandlingsarenaene har ulike benevnelser, og det ser ut til å være stor variasjon både mellom kommuner og også innad i kommuner hvordan disse samhandlingsarenaene praktiseres og fungerer.

⁴<https://tidliginnsats.forebygging.no/>

05

Ansattes erfaringer med BTI



Implementeringsarbeidet i flere av kommunene er kommet godt i gang. Ledere og ansatte har jevnt over god kjennskap til BTI-modellen, handlingsveiledere og verktøy som er utarbeidet, og har hatt nytte av og har testet ut et eller flere av disse i forbindelse med håndtering av bekymring for barn. I andre kommuner er arbeidet med å implementere BTI nylig påbegynt. Kjennskap til og bruk av BTI i følgende kapittel er i hovedsak basert på erfaringene fra de kommunene hvor arbeidet har kommet godt i gang.

Erfaringer med implementeringsaktiviteter

Gjennom spørreundersøkelse, fokusgruppeintervju og intervjuer har vi sett at de ansatte har gode erfaringer med implementeringsaktivitetene som har vært gjennomført i de ulike kommunene.

Ansatte har opplevd informasjonen og opplæringen som er gitt om BTI som nyttig. De ansatte har likevel pekt på et behov for å få hyppigere og mer regelmessig informasjon og opplæring, både for å bli minnet på mulighetene verktøyene gir, for å øve på bruken av dem og for å holde fokus på tematikken oppe.

Ansatte har også fremhevet at noen typer aktiviteter oppleves å ha gitt større læringsutbytte enn andre. De ansatte har spesielt trukket frem øvelse og jevnlig repetisjon, gjerne med utgangspunkt i konkrete case og rollespill. Temasamlinger med foredrag av fagpersoner innen tema juss og tolking av taushetsplikt har også blitt trukket frem som nyttig. Det at enten hele personalgruppa har deltatt på temasamlinger og/eller at enkeltpersoner som har deltatt har forpliktet seg til å ta kunnskapen tilbake til resten av ansattgruppa.

Det er også vurdert å være potensial i mer koordinert tilgjengeliggjøring av informasjonsmateriell som BTI-filmen.

Jeg skulle ønske at vi hadde en plan for at to ganger i halvåret skal man øve seg på å ta verktøyene i bruk på en case for å bli trygg på dem før man faktisk trenger dem.

Kjennskap til handlingsveileder

Som nevnt har alle kommunene utarbeidet handlingsveiledere. Handlingsveilederen ser ut til å være godt kjent blant ledere og ansatte (83 prosent av respondentene i vår undersøkelse), både i helsestasjon, barnehage og skole. Selv om de fleste ansatte kjenner til handlingsveilederen i egen kommune, bruker de fleste den forholdsvis sjeldent. Majoriteten av ansatte bruker den et par ganger i halvåret, mens enkelte bruker den hyppigere. Ansatte ved helsestasjonene ser ut til å bruke den oftere enn ansatte i barnehager og skoler.

	Barnehage	Helsestasjon	Skole
Noen ganger i halvåret	49%	48%	53%
Månedlig	23%	43%	13%
Ukentlig	3%	9%	5%

Fig 8 – Hvor ofte bruker du BTI-handlingsveileder og/eller verktøyene den gir deg tilgang til? Forskjeller mellom tjenester. n=674

05 | Ansattes erfaringer med BTI

Ansatte er generelt positive til handlingsveilederen, både når det gjelder brukervennlighet, tilgjengelighet og tilgangen den gir til støtteverktøy. Den største utfordringen ser ut til å være tid til å ta den i bruk i praksis. Det er ikke naturlig å slå opp i veilederen når man står i en situasjon. Da må man ha øvd såpass mye i forkant at en ikke er i tvil om hvordan man vil/kan handle.

Hvor ofte de ansatte benytter seg av handlingsveilederen er ikke i seg selv det viktigste for å oppnå målene med BTI. Det sentrale er at de ansatte kjenner gangen i arbeidet, og at de vet hvor de kan slå opp når de trenger det. De må ha veileder og tilhørende verktøy såpass under huden at de vet hvordan de skal handle, for eksempel når barnet sier noe/gjør noe som gir grunn til bekymring.

“Hvis Per sier til meg at pappa slår mamma, så løper jeg ikke og slår opp i handlingsveilederen.”

Med hensyn til relevante flater/systemer hvor handlingsveilederen er tilgjengeliggjort i de ulike kommunen er landingssiden til BTI Lister (www.btilister.no) et godt eksempel. Det er en oversiktlig landingsside som er intuitiv å ta i bruk og enkel å finne frem i, også tilgjengelig på mobil. Digitale handlingsveiledere kan også enkelt oppdateres med endret eller ny informasjon.



EKSEMPEL

I fokusgruppemøte i Lyngdal hadde ansatte benyttet seg av verktøy tilgjengeliggjort i handlingsveilederen i Farsund, da de ikke fant egnet verktøy i egen kommunes handlingsveileder. Det vitner både om god kjennskap til egen kommunes handlingsveileder og verktøy, men også om at det er enkelt å finne og ta i bruk materiell som er relevant på tvers av kommunene.

Enkelte kommuner har også laget sin handlingsveileder i trykt format. Det kan tenkes at dette egner seg i jobbhverdagen til ansatte i barnehagene, bedre enn for eksempel det digitale, men en må ikke se bort ifra at dette er en statisk informasjonskilde. Etterhvert som det kommer nye verktøy til, eller man justerer på noe, for eksempel et telefonnummer til en kontakt, må i prinsippet alt materiell printes på nytt.

Relevante, brukervennlige og treffende flater/systemer for å dele informasjon og relevante erfaringer på tvers vil være et viktig spørsmål i videre implementering av BTI.

Generelle erfaringer med støtteverktøy utviklet i tilknytning til handlingsveilederen

Det varierer mellom kommunene hvor langt de er kommet i arbeidet med å utvikle støtteverktøy til de ulike stegene og trinnene i handlingsveilederen. Noen kommuner har samarbeidet om dette, og verktøyene har bidratt til at det arbeides kunnskapsbasert i kommunene. Verktøyene ser imidlertid ut til å være noe mindre kjent og implementert enn handlingsveilederne. Flere av kommunene benytter i tillegg andre typer verktøy enn de tilgjengeliggjort i handlingsveilederen for å oppdage foreldre, barn og unge det er grunn til bekymring for.



EKSEMPEL

Undringsnotatet har blitt trukket frem i samtlige fokusgrupper med ansatte som et nyttig verktøy på nivå 0 i BTI. Det oppleves som konkret, enkelt og oversiktlig, og flere nevner at det er det naturlige stedet å starte dersom man har en magesfølelse om at det er noe som ikke stemmer med et barn. Flere trekker frem at undringsnotatet har gjort dem mer sikre i egen undring, og ført til at de har et klarere bilde over hvordan de skal gå videre med en sak. Det tas ofte med i samtale med foreldre og gir ansatte trygghet og oversikt i møtet. Det bidrar også til at informasjon blir lagret og man slipper dobbeltarbeid med tanke på dokumentering.

Nivå 0 - Avklare om det er grunn til bekymring

Funnene fra evalueringen viser at de ansatte i all hovedsak er trygge på og godt rustet til å tidlig avdekke barn

som det er grunn til å bekymre seg for. De er også trygge på håndteringen av bekymringen. Handlingsveilederne gir gode retningslinjer og veiledning som bidrar til å bygge ytterligere opp under denne tryggheten. I tillegg opplever flere ansatte at handlingsveileder og verktøy bidrar til likere håndtering av “like” saker. Det kommer også tydelig frem i forbindelse med svarene fra vignettundersøkelse som er gjennomført i forbindelse med fokusgrupeintervjuene med et utvalg ansatte i arbeidspakke 1B.

Flere ansatte peker på at det å ta opp uro med foreldre kan være utfordrende. Noen nevner at de er redde for å gjøre feil eller at de ikke skal klare å få frem at de ønsker barnets beste. De er også redde for hvordan foreldrene kommer til å reagere. Det kom også frem erfaringer med at det er positivt å være to i samtaler hvor de skal ta opp uro. Dette handler om at en person er dedikert som leder av samtalen og at en har hovedansvar for å dokumentere. Dette oppleves å være nødvendig for å bygge tillit og å kunne være til stede med hele seg under samtalen.

Enkelte kommuner har hatt kompetanseheving og øving i å ta opp uro, herunder “Ta opp uro”, ved R-bup (Regionsenter for barn og unges psykiske helse). Ansatte som hadde deltatt på dette trakk det frem som veldig nyttig. Flere trakk også frem at selv om en har hatt kurs, er det nyttig å øve jevnlig for å bli god på disse samtalene. Fra spørreundersøkelsen ser vi at omkring 1/3 av ansatte oppgir at de ser en positiv endring i samarbeidet med foreldre i bekymringssaker.

“Man må øve jevnlig for å bli god, spesielt på møtene med barn/foreldre.”

05 | Ansattes erfaringer med BTI

Nivå 1 - Innsats innenfor hver enkelt tjeneste

Det er en felles oppfatning blant ansatte at BTI har bidratt til å ansvarliggjøre ansatte i basistjenestene, og at de i større grad prøver ut tiltak på egen enhet før de sender saken videre. Det gjelder spesielt i barnehagene og skolene.

Fokus i basistjenestene har også dreid mot større og bedre brukermedvirkning. Selv om det fortsatt oppleves som en barriere å ta opp den vanskelige samtalen med foreldre, trekkes det frem flere eksempler på godt samarbeid mellom de ulike tjenestene og hjemmet. 25 prosent av respondentene i undersøkelsen gjennomført i arbeidspakke 1B har opplevd en positiv endring når det gjelder barn og unges mulighet til å medvirke i egen sak etter at de begynte å arbeide med BTI.

Ansatte trekker frem at det å skape tillit til barnet og foreldrene er en nøkkel for å lykkes med BTI.

Mistillit hos foreldre kan skape skepsis og motstand inn i et samarbeid. Det er så lite som skal til for å ødelegge tilliten man er helt avhengig av å ha for å samarbeide godt mellom tjenestene og hjemmet.

Å ivareta og bygge tillit, samtidig som man skal være åpen om bekymring og ivareta meldeplikt til barneverntjenesten, er en krevende øvelse. Flere respondenter trekker frem foreldres skepsis og frykt knyttet til barnevernet og syns det kan være vanskelig å vise at man ikke har en skjult agenda. Enkelte ansatte kom også inn på hva som kan skje hvis samarbeid mellom basistjenestene og hjemmet ikke fungerer. Tiltak er i de fleste tilfellene frivillige, hvis foreldre ikke er med, kan de velges bort og ansatte føler seg maktesløse.

“Ulempen og utfordringen er fortsatt at de som trenger det mest, kan velge det bort.”

Nivå 2 og 3 - Tverrfaglig samarbeid

Alle kommunene har som en del av BTI-arbeidet utarbeidet oversikter over tjenester og tiltak som finnes i egen kommune.

Kommunen har en oversikt over ulike hjelpetilbud som finnes for gravide, barn og unge i kommunen blant verktøyene i BTI handlingsveileder. Hvor ofte bruker du denne oversikten i ditt arbeid?

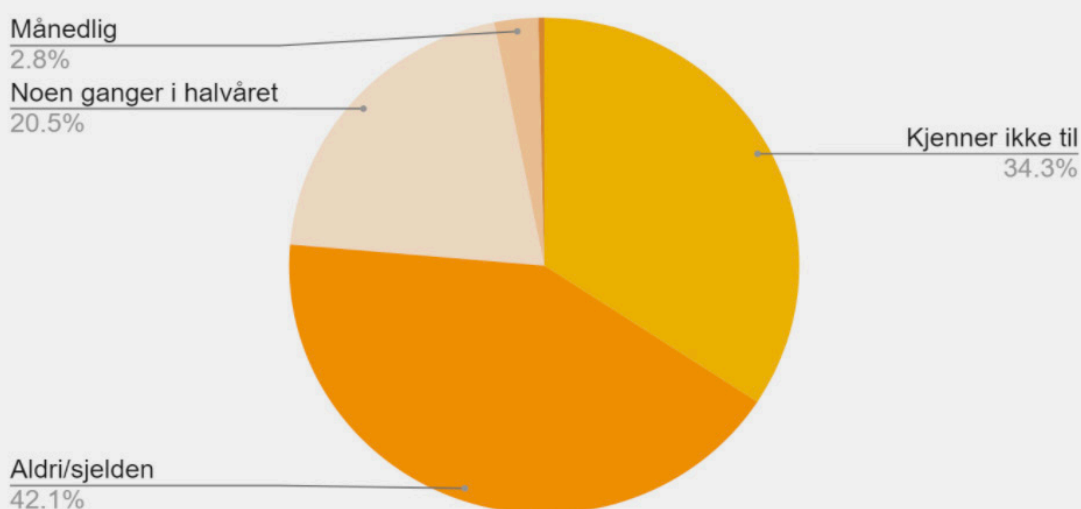


Fig 9 – Andel ansatte som kjenner kommunens oversikt over ulike hjelpetilbud

Som figuren viser, er det så mange som 34 % av ansatte som ikke kjenner til sin kommunes oversikt over hjelpetilbud til gravide, barn og unge. Blant de som kjenner til den, oppga 42 % at de aldri bruker den, mens 20 % bruker den noen ganger i halvåret. Denne variasjonen gjenspeiles også i fokusgruppene. Informanter som kjente til oversikten over hjelpetiltak, trakk frem at den oppleves som nyttig. Det var også informanter som oppga at de ikke har så god kunnskap om hvilken form for hjelp familier kan få, og at de opplever at kommunen har få tiltak å sette inn. Sett i kobling mot kartlegging i arbeidspakke 1a, ser dette ut til å handle mer om at de ansatte ikke har god nok kjennskap om tiltak som finnes, snarere enn at de ikke er der.

“Jeg opplever at det er tynt med tiltak etterhvert som en beveger seg oppover i modellen. Skolen beholder stafettpinnen alt for lenge i mange saker.”

Som nevnt har alle kommunene en eller flere tverrfaglige samarbeidsarenaer. Felles for alle kommunene, er at de har en tverrfaglig samhandlingsarena tilknyttet den enkelte barnehage og skole. Disse omtales enten som pedagogisk team, basisteam (barnehage) eller ressursteam. Disse er på nivå 1 i BTI-modellen, og hvor formålet er å diskutere uro med andre instanser for å bli enige om videre oppfølging av barnet eller

05 | Ansattes erfaringer med BTI

ungdommen, etter at det er prøvd ut tiltak i egen tjeneste.

Mange kommuner har i tillegg en utvidet tverrfaglig arena, som omtales som BTI-team, ansvarsgruppe, BUTT. Disse er nivå 2 eller 3 i modellen, hvor formålet er å koordinere innsats fra ulike tjenester og å vurdere hvorvidt innsatsen som gis er god eller om barnet/den unge har andre behov.

Kommunene benytter flere ulike begrep om de ulike samhandlingsarenaene. Det oppleves i noen tilfeller forvirrende for ansatte med hensyn til hvilke saker som skal drøfte i de ulike tverrfaglige foraene og ikke.

“Alle instanser man skal henvende seg til har hatt så mange forskjellige navn og forkortelser; PPT, HABU og lignende. Og i tillegg forandrer navnene seg og/eller det kommer nye team: Ressursteam, Familieteam. Jeg føler at det er en mølje av ting. Hvordan i all verden skal du finne ut hvor barnet ditt skal?”

Kommunene i Agder har hatt mindre samarbeid knyttet til de tverrfaglige samhandlingsarenaene enn hva de har hatt i arbeidet med handlingsveiledere, verktøy og anskaffelse av stafettlogg. Dette blir også tydelig i fokusgruppene med ansatte, og peker seg ut som et område hvor kommunene vil ha noe å hente på å både rette fokus i eget implementeringsarbeid, men også dele erfaringer på tvers av kommuner. Dette kan både dreie seg om hvilke ulike typer samhandlingsarenaer man bør ha, deltakelse fra foreldre og barn, hvordan man ivaretar brukarmedvirkning på en god måte og erfaringer med å ha faste deltakere eller å kalle inn ved behov.

Dokumentasjon og informasjonsutveksling

I fokusgruppeintervju med ansatte kommer det frem at de ansatte har minst erfaring med nivå 2 og 3 i handlingsveilederen, men også opplever det mer krevende å håndtere bekymringssaker jo mer komplekse og sammensatte sakene blir. Samhandling mellom ulike tjenester, for å opptre koordinert i møte med bruker er viktig. En grunnleggende forutsetning for å få dette til er dokumentasjon og ikke minst informasjon- og dokumentasjonsutveksling. Her er det imidlertid, basert på innspillene fra de ansatte i fokusgruppeintervjuene, et stykke igjen å gå før målet om et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til det beste for barnet er nådd. Det skyldes blant annet frykt for å trå feil med hensyn til personvern (GDPR) og taushetsplikt, men også krav til dokumentasjon og en systematisk måte å dokumentere på.

“Det virker som om alt som er lettvint er forbudt. Jeg har inntrykk av at all digital rapportering er ulovlig.”

Et eksempel på hvordan det kan oppstå utfordringer knyttet til dette i praksis er gjengitt under.



EKSEMPEL

Dokumentasjon i en bekymringssak opprettes og lagres lokalt. I en travel hverdag hvor en bare periodevis sitter ved PC, er dette i mange tilfeller vanskelig å tungvint å finne tilbake til. Det går mye tid med til å lete, og det er en risiko for at en ikke prioriterer å dokumentere i særlig grad. Dersom en sak utvikler seg, og det vurderes til at det er behov for å koble på flere parter,

(etter at en har prøvd ut tiltak på egen enhet - handlingsveileder nivå 1), er det frustrerende å bli møtt med “dere må teste ut og dokumentere effekt fra egne iverksatte tiltak”, når en allerede har forsøkt det, men ikke i tilstrekkelig grad har dokumentert at man har gjort det. Ikke minst for bruker.

Informasjonsflyt trekkes frem som mangelfull både på tvers av tjenesteområder, men også internt på de ulike enhetene, for eksempel fra et trinn på skolen til et annet. Dette skyldes både det at flere ansatte ikke har tilgang til fagsystem, at man ikke har umiddelbar tilgang eller anledning til å sette seg ned ved en PC, og at det oppleves tungvint at ulike system ikke snakker sammen.

Informasjonsutvekslingen skjer i tillegg ofte muntlig i møter (ressursteam, ansvarsgruppemøter, foreldresamtaler eller lignende). Flere av de ansatte i fokusgruppene gir uttrykk for at de savner et felles fagsystem for deling av dokumentasjon/informasjon og ser frem til dette kommer på plass.

En kjent utfordring som også blir trukket frem av respondentene i undersøkelsen er taushetsplikten som en barriere til god og nødvendig informasjonsutveksling. Enkelte ansatte uttrykker frustrasjon over opplevelsen av at informasjon bare flyter en vei, og at nødvendig informasjon ikke i tilstrekkelig grad tilfaller dem, spesielt opp i mot barnevernet, men også mellom tjenesteområder. Som et svar på noe av utfordringen er det flere ansatte som i fokusgruppeintervju trekker frem bruk av samtykkeskjema som et tiltak for å komme kunne utveksle informasjon på tvers.

“Foreldre ønsker som oftest det beste for barna deres, og hvis vi mener informasjonsutveksling på tvers vil bidra til det, er det få foreldre som ikke gir samtykke”

På spørsmål vedrørende dokumentasjon av bekymring, kommer det frem blant de ansatte at flesteparten dokumenterer i egne fagsystem (40 prosent). Noen ansatte peker også på at de benytter egne maler for stafettlogg (14 prosent). En relativt stor andel av respondentene (30 prosent) er usikre eller vet ikke hvordan det dokumenteres ved bekymring, mens et mindretall av respondentene trekker frem digital stafettlogg.

Stafettlogg

Av respondentene som oppgir å ha tatt i bruk enten digital eller dokumentbasert stafettlogg (55 personer), er opplevelsene positive. De opplever at stafettloggen i stor grad gir en bedre oversikt over tiltak og at tiltakene i større grad blir evaluert. I tillegg opplever de tydeligere ansvarsfordeling og lettere samarbeid mellom tjenester og hjem/bruker.

Det er noe lavere skåre sammenlignet med øvrige spørsmål, knyttet til hvorvidt “stafettloggen bidrar til at brukeren medvirker i egen sak”, det kan henge sammen med at ikke alle de 55 respondentene har tatt i bruk digital stafettlogg.

Mens datainnsamlingen i evalueringen pågikk, var det kun én kommune (Sirdal) som har tatt i bruk elektronisk stafettlogg. Av fordelene som trekkes frem er mer og bedre brukermedvirkning, tettere, fortløpende og mer effektiv oppfølging og samordning mellom tjenestene, samt mindre behov for fysiske møter. I tillegg oppleves systemet brukervennlig. Enkelte kommuner

05 | Ansattes erfaringer med BTI

bruker stafettlogg i papirformat, men er tydelige på at det er forbedringspotensial spesielt når det gjelder deling av informasjon på tvers av tjenester. Ansatte generelt på tvers av kommuner, etterlyser et felles fagsystem eller et system som tilrettelegger for god og nødvendig dokumentasjon- og informasjonsutveksling på tvers av tjenester, til det beste for brukere.

Flere kommuner har vurdert å anskaffe elektronisk stafettlogg, men opplever utfordringer knyttet til dagens løsninger på markedet, som dårlig grensesnitt mot eksisterende fagsystemer og hensynet til personvern.

Til tross for at de ansatte i Sirdal trekker frem noen forbedringspunkter ved den digitale stafettloggen, er erfaringene i all hovedsak positive og tett koblet til formålet med BTI om helhetlig oppfølging på tvers av tjenester uten oppfølgingsbrudd. De ansatte trekker blant annet frem at stafettloggen er intuitiv i bruk, sørger for god oversikt over tiltak, systematisk evaluering av tiltak, tydeligere rollefordeling og ikke minst positiv brukermedvirkning. Brukere og ansatte søker i fellesskap å finne og registrere "lysglimt" i loggen. Denne måten å jobbe på har virket motiverende for brukere og har bidratt til å godt samarbeid mellom basisarenaene og hjemmet.

Stafettholder

Tilbakemeldingene fra ledere og ansatte viser at det er begrenset erfaring med rollen som stafettholder i kommunene. Det fremkom også at ikke alle kommuner har tydeliggjort hva som ligger i rollen. Blant lederne på basisarenaene ser det ut til å være ulike oppfatninger av hva rollen innebærer, hvor noen oppfatter det som en rolle med overordnet ansvar for fremdrift, mens andre forstår det som den, eller de, som til enhver tid er ansvarlig for tiltak.

Videre kommer det frem i evalueringen at det er variasjon mellom tjenestene i hvilken grad det oppleves naturlig å ta rollen som stafettholder. Ansatte, spesielt i skolen, vegrer seg for å ta på seg rollen fordi omfang og ansvar ikke er tydelig definert. Rollen som stafettholder oppleves også å komme i tillegg til deres primære jobb som pedagoger. På helsestasjon er det mer nærliggende å ta rollen fordi den er tettere knyttet opp mot den jobben helsesykepleierne i utgangspunktet har.

Det er også forvirring knyttet til grensesnittet mellom BTI og individuell plan på flere områder. Generelt ser det ut til at det gjenstår et arbeid med å avklare hva som ligger i de ulike rollene, når en stafettlogg går over til å bli en individuell plan og om koordineringsmøtet skal kalles for ansvarsgruppe eller noe annet.

06

**Brukernes og ansattes
erfaringer med BTI i
konkrete case**



Som en del av følgeevalueringen av BTI-Agder, har vi undersøkt foreldres og ansattes erfaringer med BTI i et utvalg enkeltsaker.

Erfaringene er knyttet til målsettingene med BTI, herunder:

- Hvorvidt barn, unge og foreldre opplever å ha fått tidlig hjelp med sine utfordringer
- Hvorvidt barn, unge og familier opplever å ha mottatt tjenester som har vært tilpasset deres behov (brukermedvirkning)
- Hvorvidt barn, unge og foreldre opplever å ha mottatt sammenhengende tjenester uten oppfølgingsbrudd

Datamaterialet er begrenset, og baserer seg på åtte enkeltsaker. Det egner seg derfor ikke til å si noe generelt om hvorvidt kommunene har oppnådd målsettingene med BTI. Likevel gir de verdifull innsikt i hvordan arbeidet med BTI oppleves fra et brukerperspektiv og av ansatte i konkrete enkeltsaker. De gir også et utfyllende inntrykk av hvor kommunene står i implementeringsarbeidet.

Tidlig innsats

Tidlig innsats omhandler i denne sammenheng foreldres/omsorgspersoners og ansattes erfaringer knyttet til tidlig identifisering og håndtering av bekymring, og det å gå fra bekymring til handling.

I casene vi har sett på har utgangspunktet for bekymring vært ulik og oppfølgingen har variert tilsvarende. I noen tilfeller har ansatte jobbet etter stegene i BTI. I andre tilfeller har barna hatt store, sammensatte utfordringer og rett til individuell plan, hvor kommunen har opprettet koordinator og ansvarsgrupper i henhold til Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Til tross for dette har foreldrene på tvers av casene i all hovedsak en opplevelse av at de har fått tidlig oppfølging av sitt barn etter at bekymring oppsto. I flere av sakene er det foreldrene selv som har tatt opp egen bekymring, for eksempel ved å snakke med ansatte i barnehage og skole. Foreldrene har blitt tatt på alvor og at det har blitt prøvd ut tiltak på nivå 1 som følge av bekymringen.

I enkelte tilfeller har barnas situasjon utviklet seg til å bli mer alvorlig over tid, uten at verken foreldre eller ansatte har hatt en klar oppfatning av at hva som burde vært gjort annerledes tidligere. Et eksempel er et barn som over tid har utviklet skolevegring. Her ble det forsøkt tiltak både på skolen og i SFO i både 1. og 2. klasse, for å møte barnet på en god måte hver morgen. I etterkant har likevel utfordringene eskalert. Saken er på tidspunkt for gjennomføring av intervju løftet til nivå 3 i BTI-modellen, hvor flere tjenester jobber sammen for å bistå familien.

Fra intervjuene med ansatte som har vært involvert i de ulike casene er et gjennomgående inntrykk at de har et stort fokus på tidlig innsats og er bevisste på å tak i bekymring tidlig.

Likevel ser vi på tvers av casene, at ansatte i liten grad refererer til handlingsveilederen eller tilhørende verktøy, eller trekker frem at de aktivt har benyttet seg av denne i oppfølgingen. Mange ansatte ser ut til å ha vært gode på tidlig innsats fra før, og det er vanskelig å si om BTI har bidratt til at de jobber bedre på disse nivåene. Enkelte ansatte refererer til at handlingsveileder med tilhørende verktøy er et nyttig oppslagsverk dersom de skulle være i tvil om hvordan de skal gå frem.

06 | Brukernes & ansattes erfaringer med BTI i konkrete case

I arbeidspakke 1B fant vi at ansatte kan oppleve det å ta opp uro med foreldre som krevende. I casene er det i de fleste tilfellene foreldrene selv som har tatt opp egen bekymring med ansatte i enten barnehage eller skole, og bedt om ekstra oppfølging. Vi har derfor ikke grunnlag for å si noe om hvorvidt verktøyene som er gjort tilgjengelige for ansatte gjennom BTI har bidratt til å gjøre samtale med foreldre om bekymring lettere for dem.

Brukermedvirkning

Å la foreldre og barn få ta del i utformingen av eget tjenestetilbud, står sentralt i BTI arbeidet. Medvirkning skjer på flere nivå, både i de mer formelle møtene hvor en vurderer hvilken form for oppfølging familien skal få, og i den daglige utøvelsen av oppfølgingen. I de fleste casene opplever foreldre/omsorgspersonene at de har fått medvirke godt i eget tjenestetilbud. Informantene trekker frem at de har blitt inkludert, lyttet til og har fått ta styring i egen sak.

“Jeg har opplevd at vi som foreldre har sittet i førersetet. Jeg har fått akkurat de instansene jeg trengte til de behovene barnet vårt hadde”

Vi har ikke intervjuet barna selv i denne evalueringen, men foreldre har i all hovedsak opplevd at ansatte er opptatte av å få frem barnas stemme.

“De vil gjerne høre hva barnet tenker og føler om sin hverdag, slik at de kan tilrettelegge og gjøre det som trengs for at barnet skal få en grei skolehverdag.”

Til tross for at de fleste opplever å ha fått medvirke i egen sak, er det spredning mellom de som er veldig fornøyde og de

som ikke er fornøyde i det hele tatt.

I enkelte tilfeller har foreldre/omsorgspersoner opplevd å ha “blitt snakket over hodet på” og peker på at det ikke har vært gode nok prosesser for å involvere foreldre løpende.

Andre har vært usikre på hva de kunne forvente å få av oppfølging og har hatt en innstilling om at “all hjelp er god hjelp”. Flere har trukket frem at opplevelsen av oppfølgingen til syvende og sist avhenger av de ansattes engasjement og personlige involvering.

Et gjennomgående funn fra alle intervjuene med ansatte, er at de ser ut til å ha et bevisst forhold til hvordan de skal få til god brukermedvirkning, og at de oppriktig ønsker å få det til. Dette gjelder på tvers av case, tjenester og kommuner. Vi trekker frem et eksempel på hvordan dette kan gjøres i praksis.



EKSEMPEL

.....

Dette caset gjelder et barn med store sammensatte behov som går på skolen. Barnet har ikke språk, men assistenten i skolen har likevel et svært bevisst forhold til hvordan hun skal forstå barnet og ta hensyn til hva barnet prøver å uttrykke. For eksempel har hun lært seg at barnet gnisser tenner på tre forskjellige måter, når barnet uttrykker ulike følelser, for eksempel kjedsomhet. Hun har også lært at barnet rynker pannen når det ikke har det bra. De ansatte forsøker å tolke barnets signaler og tilpasser ulike aktiviteter etter hvilken respons barnet gir. De har også avtalt med foreldrene å ha svært lav terskel for å ringe. Både assistent i skolen og foreldre oppgir å være svært fornøyde med samarbeidet.

06 | Brukernes & ansattes erfaringer med BTI i konkrete case

Sammenhengende tjenester uten oppfølgingsbrudd

Foreldrene har ulike erfaringer med hensyn til om oppfølgingen de har fått, er helhetlig, sammenhengende og uten oppfølgingsbrudd. I dette avsnittet omtales erfaringer med tverrfaglige samarbeidsmøter, informasjonsutveksling og den koordineringsansvarlige stafettholderen.

Tverrfaglige møter

I flere av casene har foreldre deltatt på tverrfaglige møter, som en del av oppstarten på det tverrfaglige samarbeidet på nivå 3. Her møtes flere tjenester for å belyse en families eller et barns situasjon fra ulike perspektiver, hvor formålet er å vurdere hva slags type oppfølging barnet og familien kan få, etter at enten barnehagen, skolen eller andre tjenester har prøvd ut tiltak i egen tjeneste og vurderer behov for noe mer. I samtlige av disse tilfellene har foreldrene vurdert møtene som nyttige. De trekker særlig frem at det har vært verdifullt å få flere tjenesters vurdering av hva slags oppfølging familien kan ha behov for, og mange har uttalt at de ikke på forhånd visste om hva slags hjelp de kunne få. Flere foreldre peker også på at det har vært et helhetlig perspektiv på familiens behov i disse møtene, som for eksempel foreldrenes behov for veiledning eller psykisk helsehjelp.

Enkelte foreldre har pekt på at det kan oppleves som skummelt å møte så mange ulike tjenester samlet i ett møte (fysisk eller digitalt), hvor alt skal handle om dem. De fleste har imidlertid hatt en positiv opplevelse likevel, fordi de har blitt betrygget på at alle er der med et felles mål om at familien skal få best mulig hjelp. I all hovedsak ser disse tverrfaglige samhandlingsarenaene ut til å bidra til at familiene får riktig hjelp tidlig.

Også ansatte fra ulike tjenester har gitt uttrykk for at disse møtearenaene er gode å ha.



EKSEMPEL

I ett av casene opplevde skolen å ha prøvd ut mange forskjellige tiltak på skolen (nivå 1), samtidig som de så behov for å se mer helhetlig på familiens behov for hjelp. I dette tilfellet opplevde ansatte på skolen det som en stor lettelse å få mulighet til å få saken belyst fra flere faglige ståsted og få koblet på flere instanser.

“Hadde vi ikke hatt BTI-møtet hadde jeg ikke kjent til hvilken hjelp jeg kunne søke.”

Det å ha et tverrfaglig fora bestående av en rekke ulike tjenester, ser ut til å være svært verdifullt for både foreldre og ansatte, i de sakene hvor det er bekymringer som tilsier at familien har behov for oppfølging på flere ulike områder. Det å flytte fokuset fra kun barnet, til også å se på familiens samlede behov, ser ut til å gi særlig verdi. For foreldrene, er det viktig å få trygghet i at alle er der med utgangspunkt i å ville hjelpe.

Etter at det er bestemt hvilke tjenester som skal gi oppfølging videre, ser det ut til at kommunene har rutiner for at de involverte tjenestene blir med i det videre samarbeidet. Også når det gjelder samarbeid hvor barneverntjenesten er koblet på, er det i all hovedsak positive erfaringer fra disse enkeltsakene. I den grad man klarer å bygge opp en tillit til at også barneverntjenesten vil hjelpe, med utgangspunkt i deres vurdering av barnets beste, kan foreldre oppleve en

06 | Brukernes & ansattes erfaringer med BTI i konkrete case

trygg inngang som senker terskelen for å ta i mot hjelp.

I noen av casene, har barna hatt så omfattende behov at de etter helselovgivningen ville blitt definert som å ha behov for langvarige og koordinerte tjenester, og rett til individuell plan og koordinator. Andre har hatt et omfattende oppfølgingsbehov, uten denne retten. I flere tilfeller omtales gruppene av ansatte som har fulgt opp tverrfaglig som "ansvarsgrupper", men i enkelte case er det ressursteam på skolen som har fulgt opp.

Foreldre har i all hovedsak hatt positive erfaringer fra ansvarsgrupper, og opplever det som verdifullt at alle tjenestene sitter samlet og diskuterer hvordan de kan bidra til best mulig oppfølging av barnet. I enkelte tilfeller har foreldrene ikke opplevd at ansvarsgruppene har bidratt med særlig merverdi i saken, som foreldrene ikke kunne klart selv. I disse tilfellene har dette særlig blitt koblet mot rollen til koordinator.

Det har imidlertid blitt pekt på i noen enkeltsaker at det tverrfaglige samarbeidet primært koordineres rundt barnet på skolen, og at instanser utenfor, som for eksempel barneverntjenesten eller tilbud innenfor helse (som avlastning etc), ikke er koblet på.

Basert på funnene knyttet til ansvarsgrupper og tverrfaglige samarbeidsmøter, vil vi trekke frem følgende suksessfaktorer:

- Rolleavklaring i starten: Hvem har ansvar for hva? Hvem har stafettpinnen og hvilke roller har forskjellige inn i de ansvarsgruppene?
- Ansatte bør ikke ha overlappende ansvarsområder
- Ansatte bør ikke være med uten å ha noen aktiv rolle

- Fagpersoner må opptre respektfullt overfor hverandre og anerkjenne ulike faglige perspektiver

Overganger mellom tjenester

I de fleste casene har det vært en eller flere overganger mellom tjenester, som overgangen fra jordmor til helsesykepleier, barnehage til barneskole, og barneskole til ungdomsskole.

I de fleste casene hvor barnet har gjennomgått en eller flere overganger, har foreldrene hatt positive erfaringer. Det ble kun pekt på en overgang, hvor forelder ikke var fornøyd med starten. Dette handlet om en opplevelse av at barnehagen ventet for lenge med å ta tak i bekymringene som foreldre hadde for barnet knyttet til utagerende atferd. Barnehagen kom likevel på banen og bidro til en god overgang til skole, og hvor det ble opprettet stafettlogg for barnet.

I flere av casene har foreldre vært opptatt av kommende overgangene, og noen har uttrykt at de er spente på eller bekymret for hvordan det skal bli etter overgang til skolen eller ungdomsskolen. I flere av casene dreier dette seg om at de er spesielt fornøyd med tilbudet de mottar på nåværende tidspunkt, og at håper at det vil bli like bra etter overgangen. Generelt ser det ut til at kommunene har velfungerende rutiner for å sikre gode overganger.

Stafettholder

I de fleste casene har familiene hatt en stafettholder eller en koordinator. Det virker tilfeldig hvilket begrep som brukes om denne rollen. Flere bruker fortsatt begrepet koordinator, når barn har behov for langvarige og koordinerte tjenester (etter forskrift om individuell plan).

Det er ulike erfaringer blant foreldrene med denne rollen. Flere er svært fornøyd og

06 | Brukernes & ansattes erfaringer med BTI i konkrete case

opplever det å ha en koordinator som svært verdifullt, for eksempel når det gjelder å navigere i mulige støttetiltak og mellom flere tjenester. I tilfeller hvor foreldre/omsorgspersoner har hatt blandede erfaringer handler dette i flere tilfeller om saker hvor det har vært utskifting av folk.

Det er flere momenter som ser ut til å ha betydning for hvorvidt foreldrene opplever denne rollen som nyttig:

- At koordinatoren kjenner familien og deres situasjon godt
- At koordinator viser et genuint engasjement for barnet/familien
- At koordinatoren sørger for god koordinering mellom tjenestene og sikrer fremdrift mellom møter

“Det skjer veldig lite mellom møtene. Det er møter og referater, men lite handling. Jeg tror man trenger en koordinator som holder en rød tråd og holder ballen trillende også mellom møtene.”

Informasjonsutveksling

God informasjonsutveksling mellom tjenestene og med foreldre er viktig for at tjenestene skal være godt koordinerte og sammenhengende. Blant enkeltsakene vi har undersøkt, var stafettlogg tatt i bruk i tre av sakene. På tvers av casene, både i de hvor det er tatt i bruk digital stafettlogg, og i de hvor dette enda ikke er tatt i bruk, kommer det frem at koordinert og enhetlig dokumentasjons- og informasjonsutveksling oppleves utfordrende og uavklart, både fra ansattes og brukeres ståsted. Ulike tjenester benytter ulike system og journalfører ulikt.

Til tross for et begrenset empirisk underlag, viser funnene at stafettlogg kan være et godt verktøy for å sikre informasjonsdeling og koordinering mellom tjenester og dialog med foreldre. Det forutsetter imidlertid at tjenestene er aktive deltakere og bruker loggen. Det synes å være en del oppstartsutfordringer, både med digitale løsninger, og med å sikre god bruk av dem i kommunene. I casene hvor stafettlogg nylig er tatt i bruk kommer det frem at det er uklart, både for forelder/omsorgspersoner og ansatte hvem som skal legge inn informasjon i loggen og hva stafettloggen egentlig skal være.

I ett case oppga forelder at stafettloggen kun omhandler tiltakene som skjer i skolen, uten at de ses i sammenheng med barneverntjenesten og andre involverte tjenester. Ansatte trekker i samme case frem at det er uklart hvilken informasjon som skal legges inn og ikke skal legges inn i loggen.

Det er vanskelig å vite hva en kan legge inn og ikke legge inn. For eksempel blir barnet mobbet. Bør det inn i loggen? Krav om 9a tiltak. Men dette får barnet ikke inn i loggen. I mitt hode er det flere ting som bør inn i loggen - men skolen sier nei.”



EKSEMPEL

Et eksempel på et case hvor den digitale stafettloggen har opplevdes nyttig og relevant, spesielt sett fra brukers ståsted, er noen av fordelene som trekkes frem at informasjon er oppdatert og samlet på ett sted, det er lett tilgang til den fra mobil, og den har et positivt fortegn i at den retter fokus på utvikling og “lysglimt” som bruker “gleder seg til å gå inn å lese om”. Spesielt av hensyn til det siste, at den motiverer til brukerinvolvering, gir vi en sterk anbefaling om å utforske det videre potensialet i den digitale stafettloggen.

Det er veldig gøy å lese om lysglimt og se at det er en positiv utvikling. Vi får det litt sort på hvitt at det er en fremgang”

Under er to av casene illustrert som eksempler på hvordan vi har jobbet med å belyse problemstillingene.



EKSEMPEL:

En gravid kvinne med rusproblemer

1



En kvinne som var under rusbehandling i sykehus ble gravid.

BTI påkoblet etter oppfordring fra psykolog og samtykke fra mor. Mor har vært bekymret for ikke å være god nok eller lykkes i rollen som mor.

2

Far har også utfordringer med psyke og alkohol.

Under svangerskap har begge foreldre vært med i møter med jordmor. Barneverntjenesten var påkoblet til barnet ble født.



3

Første BTI-møte var det 11-12 aktører tilstede digitalt. Det opplevdes litt skremmende, men koordinator har hjulpet å sortere og det har vært de mest relevante som har fulgt saken videre.



4

Mor opplever å ha stått i fokus i oppfølgingen hun har fått. Hun har blitt inkludert i avgjørelser og har fått spille inn hvem hun vil ha med i møter.

Det har vært smidige overganger mellom tjenestene, fra jordmor til helsesøster. God informasjon har bidratt til at oppfølgingen har opplevdes mindre skummel, spesielt fra barneverntjenesten, som hun bare har hørt skrekkehistorier fra.

5

Den største fordelen med oppfølgingen er at mor har fått mye tid til samtaler med jordmor. Det har bidratt til et sterkt tillitsforhold og har gitt mor trygghet i rollen som mor.



6

Mor opplever at spørsmål og utfordringer hun har hatt underveis har blitt tatt tak i og løst på en god måte gjennom tett oppfølging. Også videre oppfølging bla. med COS-kurs og ukentlige møter med DPS.





EKSEMPEL:

Barn som har vært utsatt for fysisk og psykisk vold i hjemmet og vitne til vold mellom foreldre

1



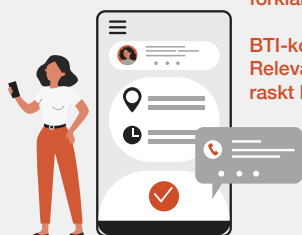
4-5 år gammelt barn, mor bekymret pga det sosiale. Barnet har vært utsatt for psykisk og fysisk voldsutøvelse fra far og vitne til vold mot mor.

2



Mor tar opp bekymring i barnehage. Barnehagen forklarer det med en "utagerende barnegruppe" og tar ikke tak.

3



Mor tar direkte kontakt med BTI-koordinator og forklarer situasjonen.

BTI-koordinator:
Relevante instanser blir raskt koblet på.

4



Alle møter samlet på BTI-møte: (spesialpedagogisk hjelp i bhg, traumekurs hos ABUP, BVT + ATV for far, lavterskel psykisk helse for mor).

5



Familien har hatt overføringsmøte mellom barnehage og skole vår og høst. Det har gått bra. Barn fikk spesialundervisning og videre oppfølging av skolens ressursteam. Helsesykepleier som stafettholder.

6



I dag fungerer sosialt sammen med medelever, barnet får besøk og blir med venner fra klassen hjem fra skolen. Barnet følges fortsatt opp av ressursteam på skolen.

06 | Brukernes & ansattes erfaringer med BTI i konkrete case

Casene ble rekruttert av kommunene og omhandler svært ulike typer bekymringer og utfordringer, som for eksempel forsinket språkutvikling, skolevegring, vold i nære relasjoner og medfødte funksjonsnedsettelse. Felles for alle sakene er at kommunene har jobbet med fokus på tidlig innsats, brukermedvirkning og sammenhengende tjenester med kobling til BTI. Det er imidlertid flere av sakene som omhandler barn med langvarig behov for koordinerte tjenester, som har rett til koordinator og individuell plan. I de sakene kan man spørre seg om brukernes erfaringer og resultatene vi har sett kan relateres til innføring av BTI.

Ansatte vi har intervjuet i casene bruker i liten grad handlingsveileder og verktøy aktivt. Det ser ut til å være relativt lav bevissthet rundt både trinn og steg i BTI, og hva som ligger i prosessbeskrivelsene. Samtidig ser BTI ut til å være relativt godt implementert, i den forstand at ansatte vet hva de skal gjøre og har kjennskap til "gangen" i sakene.

Når det gjelder målsettingene med BTI, om tidlig innsats, brukermedvirkning og helhetlige tjenester uten oppfølgingsbrudd, er dette noe som det har vært fokus på innenfor både helse, utdanning og barnevern lenge før kommunene startet å implementere BTI. Det har derfor pågått mye utviklingsarbeid i kommunene på dette området.

Når det er sagt, oppfatter vi, basert på disse enkeltsakene, at BTI ser ut til å systematisere arbeidsprosessene, bidra til mer like prosesser, og at tverrfaglige møter på nivå 3 bidrar til at familiene raskere får de riktige tjenestene. Staffettholder og stafettlogg er tilsynelatende gode virkemidler, men det gjenstår en del knyttet til avklaring av roller og ansvar, samt implementering av stafettlogg før potensialet kan tas ut.

07

Samlede vurderinger
og anbefaling til
videre arbeid



I dette kapittelet gir vi våre vurderinger av arbeidet som er gjort i BTI Agder, peker på viktige suksessfaktorer for implementering av BTI, og gir våre anbefalinger til kommunene i det videre arbeidet.

Først og fremst vil vi understreke at det å implementere BTI er et stort og sammensatt endringsarbeid i kommunene. Det må ses på som et langsiktig utviklingsarbeid. Når det er sagt, har vi erfart gjennom følgeevalueringen at det er noen faktorer som vil bidra positivt i implementeringsarbeidet, og som vi vil trekke frem her.

Det at 13 kommuner har gått sammen om å implementere BTI har vært en stor styrke for den enkelte kommunene. Det har ikke ligget innenfor følgeevalueringens temaer å belyse det regionale samarbeidet, men fra vårt samarbeid med både prosjektleder for BTI Agder, og ansvarlige for nettverkene i henholdsvis Lister og Østre-Agder, er vårt inntrykk at nettverkssamarbeidet har vært en avgjørende faktor for den enkelte kommunes implementeringsarbeid.

Kommunene står på ulike steder i sitt implementeringsarbeid. Generelt er vår vurdering at disse faktorene er med på å fremme god implementering:



ANBEFALING

- BTI er en omfattende endringsprosess i kommunene, og må ses på som et langsiktig utviklingsarbeid hvor ledere og ansatte innenfor de berørte tjenestene må ta sitt ansvar i prosessen for at målene skal nås.
- Det må være en omforent forståelse for målsettingene med BTI og hva endringsarbeidet krever blant øverste administrativ ledelse innenfor et bredt spekter av tjenester til både barn og voksne: Helsestasjon, barnehage, skole, forebyggende psykisk helsetjeneste, NAV, psykisk helse- og rustjenester for voksne.
- Lederne på alle nivå må fremsnakke BTI og stille klare forventninger til at ansatte jobber i henhold til handlingsveilederen - "Slik gjør vi det hos oss".
- Arbeidet bør drives frem av dedikerte ressurser, og det bør avsettes tilstrekkelig tid til å få den nødvendige fremdriften i arbeidet og god kontinuitet.
- Det bør lages en plan for implementeringsarbeidet, med faser og milepæler. Det vil være naturlig å starte med å utvikle digital handlingsveileder og verktøy, anskaffe digital stafettlogg, beskrive dagens tjenesteapparat og eksisterende samhandlingsarenaer.

07 | Samlede vurderinger og anbefalinger til videre arbeid

- Planlegging og implementering av BTI krever deltakelse og representasjon fra de mest relevante målgruppene/interessentene for satsingen; helsestasjon, barnehage, skole, NAV, psykisk helse mv. Det er viktig at løsningene som utvikles tar utgangspunkt i hva kommunen allerede har på plass, tilpasses og søker å imøtekomme de reelle behovene til brukere i så stor grad som mulig.

- Når man skal lære opp ansatte i bruken av BTI, er det viktig å starte med å skape en felles forståelse for hva som er formålet med BTI. Det kan med fordel også knyttes til andre pågående endringer, slik som Barnevernsreformen og Kompetanseløftet for spesialpedagogikk og inkluderende praksis.

- Det er sentralt for fremdriften i implementeringsarbeidet at det jobbes strukturert i henhold til planen, og hvor eventuelle avvik fra planen håndteres fortløpende.

- Det kan med fordel etableres et nettverk av endringsagenter, gjerne en per barnehage, skole, helsestasjon osv, for å sikre at planlagte aktiviteter blir tatt ned på enhetsnivå i kommunen.

- For å fortsette den gode jobben som er påbegynt, men også for å få med de som ikke er kommet så langt, blir det viktig i det videre implementeringsarbeidet med informasjon og "påminnelse" om bruk av verktøyene. Det er viktig at informasjon når alle ansatte.

- Det bør være fokus på kompetanseheving og øvelse/ praktisk bruk av verktøy. For å kunne håndtere bekymring når de ansatte i basistjenestene står i en krevende situasjon, er det viktig at de får øvd på å ta i bruk verktøyene, gjerne gjennom mer "uformelle læringsformer" som øving på case, rollespill og bruk av symboler. Det er et potensial i å utarbeide og tilgjengeliggjøre informasjons- og øvingsopplegg gjennom koordinert innsats på tvers av kommuner.

- Kommunene bør arbeide systematisk med kompetanseheving, og kontinuerlig ha fokus på å sikre at ansatte har den nødvendige kunnskapen som kreves for jobbe i henhold til BTI-modellen.

- For å sikre at tiltak treffer brukerne i henhold til målene i BTI-modellen er det viktig at kommunene måler, følger opp og videreutvikler tiltakene. Dette kan for eksempel gjøres i form av spørreundersøkelse eller intervjuer blant ledere og ansatte, intervjuer med foreldre osv.

Punktene over gjengir generelle anbefalinger relatert til prosjekt- og endringsledelse. I punktene under har vi trukket frem konkrete anbefalinger relatert til de ulike elementene og nivåene i BTI-modellen.

Alle kommunene har utarbeidet handlingsveileder for BTI med tilhørende verktøy, som er tilgjengelige på nett. Disse ser ut til å være relativt godt kjent blant ansatte, men ingen av kommunene er kommet så langt i implementeringen at det å jobbe systematisk i henhold til nivåer og trinn i handlingsveilederen er integrert i "måten vi gjør det på hos oss" i alle deler av tjenesteapparatet.



ANBEFALING

• Handlingsveiledere bør digitaliseres og gjøres lett tilgjengelig for ansatte på kommunens/lokale nettsider og mobile plattformer. Verktøyene bør knyttes tydelig til trinnene på det enkelte nivå, slik at det blir enkelt for ansatte å forstå hvilke verktøy de skal benytte på hvilket trinn i prosessen. Det kan være hensiktsmessig å ha få, men gode og kunnskapsbaserte verktøy.

• For å sikre at verktøyene oppleves som en reell støtte i å gjennomføre de ulike trinnene i handlingsveilederen, bør verktøyene som utarbeides utvikles med involvering av, og testing på de brukergruppene som er ment å ta dem i bruk. Kommuner som ikke har utviklet så mange verktøy enda, kan dra nytte av allerede utviklede verktøy i de andre kommunene, og eventuelt justere disse i tråd med erfaringene i denne undersøkelsen.

• For å støtte de ansatte i å ta verktøyene i bruk, og jobbe godt i henhold til handlingsveilederen, bør kommunene legge til rette for øving som inkluderer verktøyene, med utgangspunkt i tenkte eller reelle case. Opplæringen bør settes i system slik at nyansatte også får opplæring, og at erfarne ansatte får jevnlig trening.

Funnene fra følgeevalueringen viser at de ansatte i all hovedsak er trygge på å avdekke barn som det er grunn til bekymring for (nivå 0). Her er det viktig at kommunen legger opp til at ansatte får god kompetanse i å ta opp bekymring med barn og med foreldre. Flere kommuner har hatt kompetansehevende tiltak på dette området, som for eksempel "Ta opp uro", i regi av Rbup. Andre kommuner har tilgjengeliggjort digitale øvingsverktøy som snakkemedbarn.no.



ANBEFALING

• Kommunene bør sikre at ansatte får øving og opplæring i å jobbe strukturert med undring, og å øve på å ta opp uro.

07 | Samlede vurderinger og anbefalinger til videre arbeid

Implementeringen av BTI har bidratt til å tydeliggjøre ansvaret og handlingsrommet til ansatte i helsestasjon, barnehager og skoler slik at de i større grad prøver ut tiltak i egen tjeneste (nivå 1). Ansatte ser også ut til å ha høy bevissthet rundt betydningen av å involvere barnet og foreldre i å identifisere hvilke tiltak som kan være aktuelle å prøve ut. På dette nivået er det viktig at ansatte får kjennskap til hvordan de skal systematisere hvilke tiltak som prøves ut og at tiltakene evalueres og dokumenteres. Flere kommuner har utviklet gode verktøy for dette, som for eksempel møtereferat hvor det tydeliggjøres hvilke tiltak som skal gjøres hjemme, hvilke som skal gjøres for eksempel i barnehagen eller på skolen, og når de skal evalueres.

Fra intervjuene med foreldre i enkeltsaker, er vår gjennomgående oppfatning av at foresatte i stor grad er fornøyde med de tilpasningene som er gjort rundt deres barn, enten det er i barnehage eller skole, rundt gravide i svangerskapsomsorgen eller andre tjenester.



ANBEFALING

- Ansatte bør få opplæring i hvordan de skal jobbe strukturert med tiltak i egen tjeneste, med tanke på å konkretisere evaluere og dokumentere tiltak.
- Det bør også etableres arenaer for at ansatte kan diskutere med hverandre hva som kan være gode måter å tilrettelegge på, for eksempel innenfor det allmennpedagogiske på skolene.

Alle kommunene har utarbeidet oversikter over tilgjengelige tjenester i egen kommune, som ledere og ansatte skal kunne bruke når de ser behov for å koble på andre tjenester (nivå 2). Tjenesteoversiktene er i varierende grad kjent blant ansatte. Det at ansatte i basistjenestene har god kjennskap til kommunens hjelpetilbud, er en forutsetning for at de skal kunne koble på riktige tjenester ved behov.

I alle kommunene har skolene egne arenaer hvor ansatte kan løfte inn enkeltsaker som de trenger å få belyst fra flere sider. Enkelte kommuner har også slike arenaer for førskolebarn. Her ser det imidlertid ut til å være stor variasjon med hensyn til hvilke faggrupper og/eller tjenester som er representert, og hvorvidt barna og foreldrene selv er med i møtene.



ANBEFALING

- Kommunene bør sikre at ansatte og ledere i basistjenestene får informasjon om hvilke tjenester kommunen har, og hvordan de kan gå frem for å koble på andre tjenester ved behov.
- Ansatte og ledere bør med fordel også ha kunnskap om hverandres tjenester, slik at det blir lettere å opprette kontakt og løse sakene på lavest mulig nivå.

Alle kommunene har etablerte tverrfaglige samarbeidsarenaer rundt enkeltbarn/familier. De fleste har to typer samhandlingsarenaer; én arena for tverrfaglig drøfting av barn/ ungdom/familier som det er uro for, som grunnlag for å beslutte videre oppfølging, og én arena for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester for barn/ungdom/familier som får tiltak fra flere tjenester Gjennom evalueringen

07 | Samlede vurderinger og anbefalinger til videre arbeid

har det kommet opp flere eksempler hvor samarbeidet har fungert godt. I noen kommuner er ikke samarbeidsstrukturer for håndtering av mer komplekse samarbeid kjent blant ansatte på basisarenaene.

Gjennom evalueringsperioden har det også kommet tydelig frem at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (i Agder Sørlandet sykehus HF) ved blant andre Avdeling for barn og unges psykiske helse (Abup), Distriktpspsykiatriske sentre (DPS), Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) og Habilitering for barn og unge (Habu) er viktig for å lykkes godt med å gi helhetlige og sammenhengende tjenester i mange av sakene. Her er vårt inntrykk at samarbeidet foregår ulikt i de ulike kommunene, men at det er et potensiale på tvers av kommunene til å få en fastere struktur og et tettere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i BTI-arbeidet fremover.

- Kommunene bør fortsette med tverrfaglige møter for å belyse familienes behov i starten av et samarbeid på nivå 3. Her er det viktig å invitere representanter for ulike tjenester til barn og voksne, for å sikre et helhetlig perspektiv på familiens behov.
- Det er viktig at det blir kommunisert tydelig at denne type samhandlingsarenaer finnes slik at saker som bør tas opp og diskuteres løftes til disse arenaene. I den sammenheng bør det også vurderes hvilke navn disse arenaene skal gå under.
- Det kan med fordel tydeliggjøres hvem, hvor og hvordan det skal samarbeides i saker som utvikler seg til å bli mer komplekse. I tverrfaglige koordineringsmøter rundt enkeltbarn/familier, bør samtlige tjenester som er involvert være med.

Med hensyn til stafettholderrollen viser følgeevalueringen at ansatte kan vegre seg for å ta på seg denne rollen. Dette har sammenheng med at rollens omfang og ansvar ikke er tydelig definert. Det er også en del forvirring knyttet til likheter og forskjeller mellom stafettholder og koordinator, som en rettigheter etter helselovgivningen for de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Ansatte i kommunene ser frem til å få avklart dette i sammenheng med de kommende endringene i velferdstjenestelovgivningen og veilederen fra Helsedirektoratet knyttet til dette. Noen kommuner har gjort en god jobb med å tydeliggjøre forskjellene mellom stafettholder og koordinator, hvor de har definert at stafettholder har ansvar for å holde i saken og samarbeidet til og med nivå 2, mens det på nivå 3 omtales som koordinator, uavhengig av om barnet har rett til det etter helselovgivningen.



ANBEFALING

.....

- For å få fullt utbytte av rollen som stafettholder, bør det foreligge en tydelig rollebeskrivelse og ansvarsområder knyttet til rollen som stafettholder, som kommuniseres til ansatte.
- Ansatte som er aktuelle for å påta seg rollen, bør også få en gjennomgang av hva rollen innebærer i praksis. Dette kan gjerne være eksemplifisert i konkrete handlinger på ulike steg i handlingsveilederen, med utgangspunkt i et eller flere case.

07 | Samlede vurderinger og anbefalinger til videre arbeid

Ansatte på tvers av kommuner etterlyser et felles datasystem som tilrettelegger for god og nødvendig dokumentasjons- og informasjonsutveksling på tvers av tjenester, til det beste for brukere.

Ansattes og brukeres erfaringene med digital stafettlogg fra Sirdal har overføringsverdi til andre kommuner. Det trekkes blant annet frem at stafettloggen er intuitiv i bruk, sørger for god oversikt over tiltak, systematisk evaluering av tiltak, tydeligere rollefordeling og ikke minst sørger for positiv brukermedvirkning. Brukere og ansatte søker i fellesskap å finne og registrere "lysglimt" i loggen. Denne måten å jobbe på har virket motiverende for brukere og har bidratt til å godt samarbeid mellom basisarenaene og hjemmet. Basert på funnene i evalueringen vurderer vi at det er et potensial for bedre og større brukermedvirkning gjennom bruk av digital stafettlogg. Dette mulighetsrommet bør utforskes.

Som nevnt har kommunene Risør og Lillesand anskaffet seg ulike digitale løsninger for stafettlogg i løpet av 2020 og 21, mens Lyngdal kommune vurderer hvordan Visma Samspill for Individuell plan kan ses i sammenheng med BTI-arbeidet. De tre kommunene i delprosjektet ønsker å fortsette med erfaringsdeling og samarbeid på dette området. Risør kommunes anskaffelse er et forprosjekt for en større felles anskaffelse for IKT Agder kommunene, og andre kommuner kan også dra nytte av Risørs og Lillesands anskaffelsesprosess og erfaringer med implementering.



ANBEFALING

- Kommunene som ikke har anskaffet digital stafettlogg enda bør vurdere å gjøre det, eller fortsette prosessene med det. I anskaffelsesprosessen anbefaler vi at kommunene setter seg inn i Helsedirektoratets omtale av GDPR regelverket i forbindelse med Stafettlogg. Samtykke fra foreldre vil også være god praksis for å kunne dele personsensitive opplysninger med andre tjenester.
- Det er i tillegg viktig at det rettes fokus på å videreutvikle systemene/løsningene som tilbyr stafettlogg, slik at loggen oppleves brukervennlig både for ansatte i basistjenestene og brukere (foreldre/omsorgspersoner). For brukere kan dette for eksempel handle om mobilvisning. Mulighetene for mer systematisk dokumentasjons- og informasjonsutveksling gjennom systemstøtte og digital stafettlogg, og tydelige avklaringer knyttet til hvilken informasjon som skal loggføres hvor, bør gås opp i de kommunene hvor dette fremdeles er uklart.
- For at en stafettlogg skal være relevant for bruker, blir det også viktig at de involverte tjenestene benytter loggen aktivt.

07 | Samlede vurderinger og anbefalinger til videre arbeid

Vår samlede vurdering er at BTI-modellen gir kommunene en systematisk måte å jobbe med tidlig identifisering av utsatte familier, barn og unge. Sett i lys av de store nasjonale satsingene, som for eksempel Barnevernsreformen og Kompetanseløftet for spesialpedagogikk og inkluderende praksis, vurderer vi at BTI-modellen kan være en del av løsningene på de endringene kommunene står overfor, med hensyn til tidlig innsats og godt tverrfaglig samarbeid og “laget rundt barnet”. BTI er imidlertid ikke hele svaret. For å lykkes godt med tidlig innsats, er det i tillegg avgjørende at kommunene utvikler gode universelle tjenester til alle gravide, nybakte foreldre, barn og unge, og at de har gode, lavterskeltilbud å sette inn. Her er det flere pågående satsinger på Agder, som for eksempel arbeidet med Folkehelse og livsmestring i skolene, hvor blant annet Lister-kommunene har et samarbeid med RVT Sør om kompetanseheving blant ansatte. Hver enkelt kommune har også løpende fokus på å utvikle sitt lavterskel tjenesteapparat. Vårt inntrykk er at det særlig er fokus på foreldrestøttende tiltak og lavterskel psykisk helsetilbud.

Følgerevalueringen gir ikke svar på den langsiktige målsettingen med BTI-Agder, om å “bedre psykisk helse og livskvalitet blant barn og unge”. Kommunene har høy bevissthet rundt å benytte lokale resultater fra UngData-undersøkelsen til å følge med på utviklingen i sin kommune, og til å identifisere områder hvor det er særlig behov for styrket innsats.

Selv om BTI-Agder satsingen formelt er over som prosjekt under Folkehelseprogrammet, skal satsingen på Agder videreføres og ses i sammenheng med to andre satsinger, Godt begynt og Nye mønstre - Trygg oppvekst, i prosjektet “Helhetlig oppfølging”. Blant kommunene som har inngått i BTI-nettverket, er det ønske om å videreføre nettverkssamarbeidet. Dette er et godt eksempel på at samarbeid på tvers av kommuner bidrar til å få økt kraft i utviklingsarbeidet i den enkelte kommune, og at de står sterkere sammen.

Disclaimer

Denne rapporten er utarbeidet for Lyngdal kommune, på vegne av kommunene i BTI Agder.

Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet gjennom spørreundersøkelser blant prosjektledere, ledere og ansatte i alle kommunene, samt fokusgruppeintervjuer med ansatte og kvalitative dybdeintervjuer med foreldre og ansatte i utvalgte kommuner. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi innestår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av noen av kommunene i BTI Agders virksomhet.

Kommunene i BTI Agder har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med forretningsvilkårene som er vedlagt vårt engasjementsbrev.

Rapporten og/eller informasjon fra rapporten skal ikke benyttes for andre formål eller distribueres til andre uten skriftlig samtykke fra PwC. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av noen av kommunene i BTI Agder eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller engasjementsbrevet.

PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til rapporten samt ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid.

Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.

