

## ARENDALSMODELLEN



### **VI SER - VI SAMHANDLER**

Veileder for ansatte der det er bekymring for gravide og familier med barn 0-6 år



**ARENDAL KOMMUNE**

Utarbeidet 03.04.2014. Oppdatert 20.06.2017

## Forord

Arendal kommune opprettet i 2003 Arendalsmodellen der kommunen ble delt inn i åtte oppvekst-områder tilsvarende åtte 1-10 skoler med tilhørende Oppvekstteam.

Kommunen så behovet for ytterligere å styrke oppmerksomheten på de gravide og de minste barnas oppvekstvilkår og valgte å delta i Modellkommuneprosjektet, som varer fra 2007 – 2014. Dette er en statlig satsning for å nå gravide og familier med barn som vekker bekymring. Formålet med prosjektet er å utvikle en god kommunal arbeidsmodell for tidlig identifisering av gravide og barn 0-6 år der det er psykisk sykdom, vold og/eller rus i familien, samt utvikling av hele tiltakskjeden.

Høsten 2009 ble Forsterket Barn- og Familieteam etablert som en tverrfaglig team. Som en følge av evaluering av Arendalsmodellen ble det våren 2012 vedtatt å danne et oppvekstteam for de minste barna. Høsten 2012 ble disse to teamene slått sammen til "Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0 – 6 år som vekker bekymring".

Som en følge av Modellkommuneprosjektet ble veilederen "Vi ser – Vi samhandler" utarbeidet. Veilederen vil være til hjelp i daglig oppfølging og samarbeid når oppmerksomhet går mot bekymring og det trengs samhandling omkring den gravide, barnet og familien.

Den er et viktig hjelpemiddel for den enkelte ansatte, den enkelte tjeneste og kommunen som helhet. Veilederen representerer derved en kvalitetssikring for å nå målgruppen. Den er både nettbasert og i papirutgave som ringperm.

Veilederen bygger på tidligere arbeid og erfaring i Arendal kommune og nasjonale retningslinjer og er inspirert av andre modellkommuner. Den implementeres i mars 2014 og evalueres i løpet av året.

**"Barn har det sjeldent bedre enn sine foreldre, og vi ønsker å hjelpe familien før det er symptomer hos barna".**

Revidert 20.06.2017

## Innhold

1.	INNLEDNING .....	5
1.1	Formål.....	5
1.2	Brukermedvirkning .....	5
2.	FORHOLD SOM BØR VEKKE BEKYMRING .....	6
2.1	Forhold ved familien.....	6
2.2	Ved psykiske vansker .....	6
2.3	Ved vold .....	6
2.4	Ved rus.....	7
2.5	Andre utfordringer ved foreldrerollen.....	7
2.6	Forhold ved den gravide .....	7
2.7	Forhold hos barnet som bør vekke bekymring .....	9
2.8	Andre forhold ved barn, foreldre/foresatte og samspillet som bør vekke bekymring.....	10
2.9	Risiko- og beskyttelsesfaktorer ved barnet, familien og omgivelsene: .....	11
3.	DEN NØDVENDIGE SAMTALEN .....	12
3.1	Samtale med foreldrene.....	12
3.2	Samtale med barnet.....	13
3.3	Samtalemotodikk.....	15
3.4	Bruken av kartleggingsverktøy som en del av samtalen .....	16
3.5	Modell for samtale for barn og familien, utledet av kartleggingsverktøyet Firfotningen.....	18
3.6	Dokumentasjon av samtalen.....	18
4.	KJERNE KOMPETANSE .....	19
4.1	COS/Trygghetssirkelen .....	19
4.2	Traumebasert omsorg.....	25
4.3	Affektfobi-modellen .....	29
5.	ARENDALSMODELLEN .....	32
5.1	Oppstartssamtale i barnehagen.....	32
5.2	Handlingskjeden i tjenestene .....	32
5.2.1	Handlingskjeden - Gravide.....	33
5.2.2	Handlingskjeden - Barn 0-6 år.....	35
5.2.3	Handlingskjeden - Foreldre/foresatte .....	37
5.3	Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0-6 år som vekker bekymring .....	39
5.3.1	Informasjon om Oppvekstteamet .....	39
5.3.2	Rammer for forsamtalen .....	40
5.3.3	Rammer for møte i Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0-6 år .....	40
5.3.4	Rammer for oppfølgingsmøte etter Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0-6 år.....	41
6.	PRESENTASJON AV TJENESTER - AKTUELLE TILTAK SOM INNGÅR I MODELLEN .....	42
6.1	Kommunejordmortjenesten .....	42
6.2	Helsesøstertjenesten .....	43
6.3	Barnehager i Arendal kommune.....	44
6.4	Forebyggende tjenester for barn, unge og familier.....	45
6.5	Barneverntjenesten .....	46
6.6	Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT).....	47
6.7	Pedagogisk fagteam .....	48
6.8	Fastlegetjenesten.....	49

6.9	Psykisk helsetjeneste - voksne .....	50
6.10	NAV.....	51
6.11	Boveiledertjenesten.....	53
6.12	Miljøarbeidertjenesten.....	54
6.13	LAR utleveringsteam.....	55
7.	SKJEMA - MELDINGER - RAPPORTER.....	57
7.1	Oppstartsamtale i barnehage.....	57
7.2	Samtykkeerklæringer .....	57
7.3	Melding tilbarnevernet.....	57
7.4	Melding til NAV.....	58
7.5	Henvising til Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0-6 år som vekker bekymring .....	58
7.6	Rapport ved henvising til Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT).....	58
7.7	Søknadsskjema for omsorgstjenester: Psykisk helsetjeneste - voksne, miljøarbeidertjeneste og boveiledertjeneste.....	58
8.	KARTLEGGINGSVERKTØY .....	59
8.1	EPDS – Edinburgh Postnatale Depresjonsscore .....	59
8.2	TWEAK - Tolleranse, Worried, Eye opener, Amnesia, Cut down.....	59
8.3	AAS - Abuse Assessment Screen.....	60
8.4	Firfotmodellen .....	60
8.5	DUDIT - Drug Use Disorder Identification Test .....	60
8.6	AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test.....	60
8.7	Andre pedagogiske kartleggingsverktøy .....	60
9.	LOVVERK, VEILEDERE, LITTERATUR OG LENKER .....	62
9.1	Lovverk .....	62
9.2	Veiledere.....	62
9.3	Litteratur og lenker til nettsteder.....	64
10.	Modellkommuneprosjektet.....	66
11.	OPPSUMMERING.....	67

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Formål

Formålet med veilederen som er utviklet for Arendal kommune er å kvalitetssikre oppfølgingen av målgruppen. Stikkord her er kompetanseheving, ansvarliggjøring, tidlig identifisering og handling i egen tjeneste og tverrfaglig samhandling når utfordringene i familien krever det. Familieperspektivet er overordnet for alle uavhengig av om det er den gravide, barnet eller den voksne en møter i tjenesten.

Barn som pårørende har rettigheter i forhold til å bli tatt på alvor og rett til at deres hensyn/meninger tillegges vekt. Dette er nedfelt både i FNs Barnekonvensjon (ratifisert i norsk lov), Lov om barn og foreldre samt Grunnloven som alle fremholder «Barnets beste».

Videre ble det i Norge vedtatt to viktige lovendringer i Helsepersonelloven § 10 og Spesialisttjenesteloven § 3-7 a med virkning fra januar 2010. Her presiseres helsepersonellens plikt til å sikre de rettigheter dette gir dem. Lovendringene har stor betydning for vår satsning overfor målgruppen og er også fremholdt i «Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenster».

Veilederens formål er ment å sikre tjenestene en felles måte å forstå og samhandle på i forhold til målgruppen. I dette inngår økt fokus på samtalemotodikk samt bruken av kartleggingsverktøy som en del av samtalen.

### Det er ønske om:

- Kompetanse: Økt kompetanse på målgrupper som vekker bekymring samt god handlingskompetanse.
- Handlingskjede: Gode rutiner for avdekking og oppfølging der det er bekymring.
- Oppstartssamtale i barnehagen: Tilrettelegger for bedre kjennskap til barnet og familien.
- Oppvekstteam: Etablering av gode samarbeidsrutiner og samordning på tvers.

## 1.2 Brukermedvirkning

Opptrappingsplanen for henholdsvis psykisk helse- og rusfeltet har som mål økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av pårørende. Det er brukernes behov og muligheter som skal være utgangspunktet for tjenester. Betydningen av, samt kunnskap om brukerperspektiv og brukermedvirkning må være forankret i ledelsen og hos de ansatte i tjenestene.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Dette gjelder også for barn fra de er født, samtidig som hensynet til "det ufødte barn" fremholdes i større grad i dag. Det fremholdes videre at medvirkning fra brukere og pårørende skal styrkes for å sikre helhetlig behandling og rehabilitering.

Dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Brukermedvirkning vil kunne bidra til at utforming og gjennomføring av både generelle og individuelle tilbud blir tilpasset ressurser og behov. Dette vil dermed kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange brukere opplever bli forsterket.

Brukermedvirkning er også et viktig virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. God brukermedvirkning på individnivå, systemnivå og politisk nivå er derfor av stor betydning.

Det viktigste i møtet mellom bruker og hjelper er god kommunikasjon. Dette fordrer at begge er åpne og lydhøre for hverandre. Veilederen legger stor vekt på brukermedvirkning fra foreldre og barn på flere hold, og vil i tiden som kommer i større grad også trekke veksler på nettverk forøvrig.

I oppsett til samtaler med foreldre og barn, fremholdes viktigheten av at de skal medvirke i samtalen. Brukermedvirkning er også i stor grad vektlagt i forbindelse med møter i Oppvekstteam samt andre forhold som veilederen omtaler. Videre ber vi om tilbakemelding fra foreldre/foresatte i forhold om de opplever seg ivaretatt og mulighet til å medvirke med tanke på stadig å forbedre oss på området. Vi må alle ved jevne mellomrom fremholde viktigheten av brukermedvirkning for barn, unge og voksne slik at vi sikrer deres innvirkning i eget liv.

## 2. FORHOLD SOM BØR VEKKE BEKYMRING

### 2.1 Forhold ved familien

Det er flere forhold i en familie som kan medføre utfordringer og noen ganger er eller utvikler situasjonen seg slik at det vekker vår bekymring for den gravide eller for barn i familien. En har valgt spesielt å sette fokus på psykiske vansker, rus og eller vold i familien. Disse temaene er omtalt som om de er adskilte tema, men dette er kun gjort for oversiktens skyld. En som strever med rus eller vold, strever ofte med psykisk helse. Vi ser at slike problem kan overføres i generasjoner.

Psykiske vansker, rusmiddelbruk og vold i familien holdes ofte skjult innenfor hjemmets vegger. Temaene er ofte skambelagt. Både barn og voksne forsøker å holde "virkeligheten" hjemme skjult for omverdenen, og det er derfor vanskelig å se og forstå hvem som strever basert kun på observasjon. Det å snakke om psykiske lidelser/helseplager, vold og rus kan for barn eller foreldrene/foresatte være tabu-belagt.

Situasjonen hos den voksne kan veksle mellom perioder med lette, moderate og tunge vansker. Hvordan dette påvirker foreldrenes evne til omsorg og utviklingsstøtte avhenger av type vansker/utfordringer, og på hvilken måte dette er sammensatt. Det kan være mangelfull oppmerksomhet, lite forutsigbarhet, empati, lite aktiviteter, ernæring, hygiene, at familien isolerer seg etc. Barnets oppvekst kan påvirkes i større eller mindre grad og forstyrre hennes/hans emosjonelle, kognitive, sosiale og fysiske utvikling. Det kan få betydning for barnets mulighet til å tilegne seg kunnskap og kompetanse både under oppvekst og senere i skolen.

Det er viktig å huske på at uavhengig av foreldrenes/foresattes diagnose/helseplager eller hvilke andre forhold som er aktuelle i familien, er det hvordan de utøver sin omsorgsevne som er relevant for barnet og for vår vurdering.

#### **Erfaringene viser imidlertid at:**

- Vi venter for lenge med å erkjenne at en gravid/et barn har det vanskelig
- Vi venter for lenge med å drøfte bekymringene vi har med andre kollegaer
- Vi venter for lenge før vi evt. kontakter andre tjenester for barnet eller den voksne som kan bedre situasjonen om det er forsvarlig, evt. melder vår bekymring til barnevernstjenesten.

Det blir viktig å sammenholde og vurdere barnets/familiens risiko- og beskyttelsesfaktorer og handle ut fra dette.

### 2.2 Ved psykiske vansker

Vi vet at til enhver tid har hver sjettede voksne person en psykisk lidelse, og statistisk sett kan annenhver person rammes av psykiske vansker i løpet av livet (FHI, 2010). Depresjon er den vanligste formen for psykiske plager, men også forskjellige former for angst er utbredt i befolkningen. Det ser ikke ut som om forekomsten er annerledes blant gravide, sped- og småbarnsfamilier.

Det betyr at svært mange vordende foreldre som møter på helsestasjonen strever med psykiske vansker i en eller annen form. Dette kan påvirke hvordan de klarer å ivareta daglige forpliktelser, og det å være emosjonelt tilgjengelig for barnet. Det innebærer også at mange barn lever i en omsorgssituasjon hvor en eller begge foreldrene strever med psykiske vansker.

### 2.3 Ved vold

#### **Vold kan defineres slik:**

"En hver handling eller forsømmelse som undergraver livet, den fysiske eller psykologiske integriteten, eller friheten til annet familiemedlem eller som alvorlig skader utviklingen av hans eller hennes personlighet". Jon Middelborg og Dimitrij Samoilow. Council of Europe (1986).

Vold inndeles i psykisk, fysisk, seksuell, materiell, økonomisk og latent vold.

I nære relasjoner er vold svært skadelig fordi omsorgspersoner som skulle representere trygghet og kjærlighet er de samme som står bak voldsutøvelsen. Er volden rettet mot den andre foreldre/



foresatte, vil dette ofte prege omsorgsevnen. Et barn blir da både utsatt for skremmende, vonde og krenkende handlinger samtidig som det mister det trygge og beskyttende i familien.

Kliniske data viser at vold i hjemmet påvirker og skader barns utvikling og helse på ulike måter.

Helseminister, barneminister og barneombud fremholdt våren 2013 viktigheten av å sette fokus på barn som lever i familier med utøvelse av vold. De fremholdt at helsepersonell må stille spørsmål om dette tema dersom vi skal kunne oppdage flere gravide og barn som lever i voldsutsatte familier. Kartleggingsverktøyet AAS er et viktig verktøy her.

Det må være klare rutiner for tiltak videre, både når det gjelder tiltak i egen tjeneste og for samarbeid med andre aktuelle tjenester.

Politiet plikter å sende bekymringsmelding til barnevernet når de er involvert i familier der vold utøves.

## 2.4 Ved rus

Med rusmidler menes alkohol, medikamenter, narkotiske stoffer, steroider med mer.

En definisjon på når bruk av rusmidler blir et misbruk, kan være følgende:

”Når bruken av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien. Når rusmiddelmisbruket belaster og forstyrrer den følelsesmessige relasjon i familien”. (Hansen, Frid A. Rusmisbruket i et familieperspektiv).

Grensene for hva som er misbruk er annerledes under graviditet og i småbarnsperioden enn i andre faser av livet. Bruk og risikobruk har konsekvenser for fosteret i graviditeten og kan også ha konsekvenser for foreldreutøvelsen etter fødsel.

Vi vet at bruk av alkohol og andre rusmidler endrer måten foreldrene opptrer på. Denne endringen kan være skadelig for barnet dersom forelderen fremstår som uforutsigbar og «annerledes». Ruspåvirkning fører til lavere grad av tilgjengelighet for barnet og barnets behov. I forhold til rus og graviditet vises det til kapittel 2.6.

Dette betyr at hvis inntak av rusmidler endrer emosjonell tilgjengelighet eller forstyrrer de forpliktelse man har som forelder, må det vurderes som skadelig for barnet uavhengig av hvilken mengde og type rusmidler som inntas.

## 2.5 Andre utfordringer ved foreldrerollen

Alt som rammer en familie som tar mye av oppmerksomheten over tid, vil kunne være en utfordring for foreldrene i forhold til å se barna sine og være tilstede for dem. Dette er det viktig å være oppmerksom på for å forebygge uheldig utvikling hos barna. Utfordringer her vil forsterke psykiske vansker, rus og voldsproblem hos den voksne (se kapittel 2.9).

**Forhold som kan medføre utfordringer/vekke bekymring kan være ved følgende:**

- når barn eller foreldre/foresatte i familien har funksjonshemning eller kronisk og/eller alvorlig sykdom eller skade
- opplevelse av tap av nær familie/venn
- livskrise/høyt konfliktnivå i familien
- dårlig økonomi/fattigdom
- familier med kjent traumeerfaring (brann, ulykker, overfall og liknende)
- flerkulturell bakgrunn; eventuelt språkutfordringer og særlig med krigs- og traumeerfaring
- kriminalitet/soning

## 2.6 Forhold ved den gravide

### Vedrørende svangerskap og foreldreskapsutfordring

Det kan være varierte og ulike former for utfordringer i det å bli foreldre. Utfordringene er individuelle og ofte sammensatte. Det spesielle er at den gravide er i en sensitiv fase og dermed mottakelig for endringer i livet.

Gravide eller partnere som strever med psykiske vansker, vold, rus eller andre foreldreskapsutfordringer, utgjør en risikograviditet. Bruk av rusmidler/fysisk vold kan påføre barnet varige skader. Når vi møter blivende foreldre uten å snakke om denne type vansker er vi med på å opprettholde en taushet som bekrefter slike problemer som tabuområder. Konsekvensene blir at verken barn eller foreldre får adekvat hjelp.

Ved å oppdage problemer tidlig, kan hjelpen komme inn før utvikling forstyrres i særlig grad.

Det vises til:

- Kapittel 3.3: Samtalemetodikk
- Kapittel 3.4: Bruken av kartleggingsverktøy som en del av samtalen
- Kapittel 7: Kartleggingsverktøy

### **Ved psykiske vansker**

Vi må spørre om mors psykiske helse, da dette kan være en risikograviditet. Jordmor og fastlege dokumenterer mors fysiske og psykiske helsetilstand på helsekortet.

#### **Forhold som vekker bekymring angående psykiske vansker:**

- Ser trist ut/ nedstemt
- Sover dårlig
- Klarer ikke å holde avtaler
- Isolerer seg/lite nettverk
- Gråter mye
- «Klarer alt, vil alt»
- Bekymrer seg mye/lite/bagatelliserer
- Tidligere ustabil psykisk
- Følelser/beskrivelser av barnet i magen
- Gravide med krigs- og voldserfaringer

### **Ved vold**

Vold kan være en trussel mot ufødte barns liv og helse. Alle gravide skal spørres vedrørende vold. Her er samtalen viktig, husk å dokumentere.

#### **Forhold som vekker bekymring angående vold:**

- Taushet, vi når henne ikke
- Skam, redd for å fortelle
- Nedsatt selvrespekt, lavt selvbilde
- Skyldfølelse, ser på seg selv som årsak til volden
- Redsel/frykt, på vakt holdning
- Emosjonell fraværende, "flykter" fra det som gjør vondt
- Synlige fysiske skader
- Sjalusi hos partner ovenfor det ufødte barn og den gravide
- Kontrollerende/dominerende personlighet hos partneren
- Redsel for at hjelpeapparatet skal avdekke volden

Vi ser at vold kan være sammensatt av flere problemstillinger: Rusbruk, økonomiske problemer, dårlig livsmestring, psykisk sykdom etc.

Seksuell vold opplevd tidligere i livet, kan gi den gravide angst for fødsel. Det er viktig å legge trygge rammer rundt fødsel og samarbeide med fødeavdelingen.

Utøver av vold kan få tilbud ved henholdsvis Alternativ til vold (ATV) eller Familiekontoret.

**Det er viktig å vurdere, på bakgrunn av de opplysninger du har fått, om det skal meldes til politi. Eventuelt melde til barnevern ved mors samtykke under graviditet.**



## Ved rus

### Mål for den gravide: Rusfri gjennom hele svangerskapet.

Forskning viser ingen "sikker" nedre grense for hva et foster "tåler" av alkohol eller andre rusmidler. Derfor er utgangspunktet at også konsum av små mengder vil kunne gi varig skade for barnet.

Den som først kommer i kontakt med en gravid og identifiserer et rusproblem har ansvar for å henvise til rett instans.

### Forhold som vekker bekymring angående rus:

- Holder informasjon tilbake
- Bagatelliserer, snakker utenom tema om rus, avleder
- Taus, mutt, ønsker ikke oppmerksomhet på tema. Uteblir ved senere avtaler
- Problemstilling med angst/depresjon, vekker nysgjerrighet på hvordan dette oppstod
- Forhold rundt oppvekst, familie, venner som vekker oppmerksomhet
- Psykisk sykdom, hvordan takle hverdagen, selvmedisinering

## 2.7 Forhold hos barnet som bør vekke bekymring

På bakgrunn av informasjon, eventuelt observasjoner og drøfting med nærmeste leder, bør man danne seg et helhetsinntrykk av barnet med vekt på følgende:

### Utsagn fra barnet om følgende

- Barnet er påført vold (slått, sparket, lugget, kløpet) / seksuelt overgrep fra voksenperson
- Det forekommer voldelige episoder blant voksne i hjemmet
- Barnet blir utsatt for straff eller urimelig krav, krenkende behandling, blir oversett, understimulert, mangler tilsyn, er overlatt til seg selv i urimelig grad
- Barnet blir forsømt på annen måte og/eller barnet føler seg utrygg i hjemmet

### Adferd

- Aggressiv og negativ adferd; slår, sparker, biter, er ulydig/frekk, hører ikke etter
- Plager andre barn
- Stjeler, lyver, rømmer
- Urolig/ukonsentrert
- Seksualisert lek og språk som er unormalt for alder og modenhet

### Psykiske forhold

- Unormale sinneanfall
- Unormalt tilbaketrukket, engstelig og trist
- Ekstra stort behov for voksenkontakt/klamrete
- Endret adferd over tid

### Fysiske plager

- Klager over tilbakevendende magesmerter/hodepine
- Problemer med vannlating og avføring
- Spiseproblemer
- Unormalt trøtt
- Uforklarlige blåmerker og/eller andre skader

### Utvikling

- Sen/avvikende språkutvikling
- Forsinket generell utvikling; svak forståelse, klarer ikke henge med i jevnaldrende lek
- Manglende sosial kompetanse; blikkontakt, samspill, lek, dele opplevelse, etablere vennskap
- Stagnasjon i utvikling eller tap av ferdigheter
- Motoriske vansker

## 2.8 Andre forhold ved barn, foreldre/foresatte og samspillet som bør vekke bekymring

### Stell og organisering

#### Barnet virker ustelt og har dårlig hygiene:

- Skitne/hullede klær
- Hyppig bleieutslett, leveres stadig med våte bleier
- Dårlig tannhelse
- Barnet har stadig klær og skotøy som ikke passer til årstidene eller aktiviteter.
- Barnet har med seg mangelfull matpakke i barnehagen.

### Forhold ved foreldre og samspill

#### Negativ "atmosfære" i relasjonen foreldre/barn, for eksempel:

- Nedsettende omtale av barnet
- Urimelige irettesettelser
- Urimelige krav
- Liten interesse og imøtekommenhet overfor barnet
- Unnvikende foreldreatferd
- Lar ulike personer hente barnet gjentatte ganger
- Barnet kommer ofte for sent
- Barnet har uforklarlig stort fravær
- Foreldrene viser umoden oppførsel
- Mistanke om psykisk sykdom hos foreldre
- Mistanke om rus
- Foreldre som sykelliggjør barnet
- Familie med svært lav inntekt
- Familie som lever svært isolert

## 2.9 Risiko- og beskyttelsesfaktorer ved barnet, familien og omgivelsene:

### Risikofaktorer ved barnet

- Fødselskomplikasjoner som hindrer normal tilknytning til omsorgsgiver
- Lang adskillelse fra primær omsorgsgiver første leveår
- Yngre søsken født i barnets første to leveår
- Gjentatte alvorlige barnesykdommer
- Alvorlig somatisk sykdom (kronisk eller akutt), funksjonshemming og/eller utviklingsforstyrrelse
- Lav sosial kompetanse bla vansker med å etablere langvarige, og positive vennskap med jevnaldrende.

### Risikofaktorer ved foreldre/miljøet

- Vold i nære relasjoner
- Kjent rusmisbruk i familien
- Psykisk sykdom hos foreldrene
- Fravær fra barnehage eller helsestasjon
- Lav økonomi
- Somatisk sykdom hos foreldrene
- Kroniske alvorlige familiekonflikter
- Traumeerfaring i familien (ulykke, krig, brann, overfall og liknende)
- Foreldre uten fast arbeide
- Hyppig boligskifte/flyttinger
- Foreldres skilsmisse
- Foreldre i nytt ekteskap og nye stebarn i familien
- Å flytte fra eller miste nære venner i dødsfall
- Plassering utenfor hjemmet
- Foreldre som selv har opplevd omsorgssvikt
- Etnisk familiebakgrunn med dårlig so-

### Beskyttelsesfaktorer ved barnet

- Familiens første barn
- Høyt aktivitetsnivå hos barnet
- Evne til affektregulering
- Evne til impuls kontroll
- God sosial kompetanse
- Selvstendighet
- Vedvarende normale sensorisk-motoriske ferdigheter
- Gode kommunikasjonsferdigheter
- God oppmerksomhet og konsentrasjon
- Har hobbyer og interesser
- God evne til å takle problemer
- Positiv selvfølelse
- Evne til å planlegge og sette seg mål

### Beskyttelsesfaktorer ved foreldre/miljøet

- Foreldre evner å se barnets behov og vier barnet adekvat oppmerksomhet, spesielt de to første leveår
- Positiv foreldre-barn-relasjon tidlig i barndommen
- Flere omsorgspersoner
- Godt forhold til og støtte fra øvig familie
- Foreldre er i stabil jobb/studier utenfor hjemmet
- En klar struktur og rimelige regler i hjemmet
- Felles verdier i barnets nettverk
- Godt forhold til jevnaldrende
- Tilgang til råd og veiledning
- Tilgang til ytre ressurser – utdanning og sosialt nettverk i nærmiljøet

## 3. DEN NØDVENDIGE SAMTALEN

Arendal kommune ønsker at alle ansatte i tjenestene innehar samtalekompetanse der grunnholdningen vi møter den andre med er basert på raushet, åpenhet og respekt.

Brukermedvirkning og taushetsplikt skal sikres både for barn og voksne. Det skal lages klare avtaler inkludert samtykkeskjema i det tverrfaglige samarbeidet og samtalen skal dokumenteres.

### 3.1 Samtale med foreldrene

Det oppleves ofte som vanskelig å skulle ta en samtale med foreldre i forhold til bekymring for deres barn. Dette er forståelig, men samtalen med foreldrene er i de fleste tilfeller nødvendig for å få tak i barnets problem.

Under følger noen tips til hvordan samtalen kan planlegges for at det skal være lettere å få til et konstruktivt samarbeid med foreldrene.

#### Forberedelse til samtale med foreldre

Foreldresamtaler hvor det skal formidles bekymring, kan gjøre oss urolige. Ta høyde for at samtalen også kan være vanskelig for foreldrene. Legg vekt på å skape en trygg og god atmosfære. Legg til rette for at vanskelige tema blir behandlet saklig og ordentlig.

#### Tenk igjennom på forhånd:

- Hva er hensikten med samtalen?
- Hva kan foreldrene ønske seg av samtalen?
- Hvordan kan jeg bruke min kompetanse på en god måte?
- Hvordan kan jeg være åpen, konkret og opprettholde bekymringen i samtalen?
- Hvordan kan jeg best ta i mot foreldrenes reaksjoner?
- Hva tror du foreldrene gruer seg mest til?
- Er det noe du gruer du deg til i samtalen?
- Hva tenker du om foreldrene?
- Hva tenker du om barnet?

#### Gjennomføring av samtalen – ”Hold hodet kaldt – og hjertet varmt”

I samtalen skal det informeres om hva som vekker bekymring. Vis respekt for foreldrene ved å være undrende og tenke høyt sammen med dem. Sørg for at de får komme fram med sitt og lytt til det de har å si. Spør om de kjenner igjen de observasjonene som er gjort. Gi rom for tenkepauser og foreldrenes reaksjoner.

Noen foreldre kan utvise reaksjoner som f.eks. benektning, sinne og fortvielse.

La foreldrene få tid og rom. Ikke ”trøst bort”, men ta imot følelsene på en rolig måte. Husk at foreldrene kan være lett krenkbare og at de vil det beste for barna sine. Dersom du ikke er helt sikker på om du har forstått det foreldrenes sier, kan du få bekreftelse på andre måter, for eksempel: ”Oppfatter jeg deg riktig når du sier...” eller ”kan du utdype...?” Foreldrene får da anledning til å fortelle hva det er de mener og vi får sjekket om vi har fått en felles forståelse av barnets situasjon.

#### Oppsummering av samtalen

Avslutt samtalen på en god måte. Si fra når samtalen nærmer seg avslutning, slik at foreldrene i mindre grad føler seg avist.

#### Bruk litt tid på oppsummering:

- Hva har vi snakket om?
- Hva har blitt avtalt?
- Har vi snakket om det vi ønsket?
- Har foreldrene andre tema de ønsker å ta opp?
- Hvordan opplevde foreldrene samtalen?
- Hva er det som gjenstår?

Lag en handlingsplan der dere avtaler videre oppfølging.

Lag en ny avtale og takk foreldrene for fremmøte.

### Etter foreldresamtalen

Sett av tid til etterarbeid. Tenk gjennom hva som gikk bra/mindre bra.

- Hvorfor ble samtalen slik den ble?
- Hva formidlet foreldrene?
- Hva bør huskes til neste gang?

## 3.2 Samtale med barnet

**Ved mistanke om vold, seksuelle overgrep og /eller annen form for grov omsorgssvikt, ta direkte kontakt med politi og barnevern for råd om videre fremgangsmåte, uten å informere foresatte på forhånd.**

Å være barn som pårørende, påvirker barnets historie om seg selv. Barn er, som Magne Raundalen sier, små forskere og kan oppleve en forskningskrise ved informasjonsstopp – barnet kan trenge veiledere.

Helsearbeidere og foreldre må se sitt ansvar for at de kan hjelpe barna til "å fortelle" sin egen historie. Vår historieopplevelse former vår identitet og forståelse av oss selv. Ubearbeidede barnehistorier blir med videre i den voksnes liv.

Et barn som opplever psykisk mishandling, omsorgssvikt, vold eller andre hendelser, vil ofte gi uttrykk for dette gjennom utsagn i bruddstykker. Ofte kommer disse utsagnene når barnet føler seg trygg og ivaretatt, og gjerne i situasjoner som kan vekke assosiasjoner til hendelsene.

Andre uttrykksformer kan være unormal og bekymringsfull atferd og lek, følelsesmessige reaksjoner og stagnert utvikling.

Dersom et barns utsagn, atferd eller følelsesmessige uttrykk gir mistanke om slik omsorgssvikt / mishandling / forsømmelse, anbefales det at det legges til rette for en samtale med barnet der temaet tas opp på en forsvarlig måte.

Barnevernkonvensjonens art. 12 sier at barn har rett til å si sin mening og å bli hørt. For å sikre deres rettigheter er det derfor faglig sett viktig å ha en samtale med barnet. En tillitsperson kan være den eneste personen barnet vil betro seg til. Man kan eventuelt rådføre seg med barnevernet på forhånd.

Samtalen bør foretas sammen med en person som barnet viser tillit til, ofte den personen som barnet i starten åpnet seg for / kom med utsagn til. En god barnesamtale krever kjennskap til hvilke rammer som gir optimal dialog med små barn.

Samtalen kan hjelpe barnet til å føle seg forstått, respektert og til å sette ord på følelser. Samtidig må det understrekes at barn har et naturlig behov for å beskytte sine foresatte, slik at følsomme temaer som omhandler forhold hjemme ofte omskrives eller forties. Barnet kan også ha blitt truet til fortieelse.

**Fordi vi ser det er ulike typer samtaler som kan være aktuelle, har vi for oversiktens skyld i valgt å dele opp samtalen i følgende:**

- Spontan samtale for eksempel under lek i barnehagen: Sjekke ut mer omkring noe barnet har sagt eller vist gjennom sin adferd for å vurdere om vår oppmerksomhet beveger seg mot bekymring
- Planlagt samtale: Familiesamtale med barneperspektiv
- Planlagt samtale: Den avdekkende samtalen

**Spontan samtale: Sjekke ut mer omkring noe barnet har sagt eller vist gjennom sin adferd**

- Gå til et sted en kan være i ro og uten forstyrrelse
- Ta med noen leker, fargeblyanter og ark
- Åpne samtalen med " her og nå " – tema for å skape trygghet og tillit.

- Drei etter hvert samtalen inn på utsagnet barnet kom men eller den bekymringsfulle adferden barnet viser. Start med åpne "fortell meg" – spørsmål:
- Ved lavere grad av bekymring må barnets utsagn settes i sammenheng med observasjoner av barnet.
- Gi barnet god tid til å svare og tål stillhet – barnet behøver tid til å hente frem minner.
- Fortsett med å spørre noe mer detaljert rundt situasjonen hvis det er naturlig. Ikke presse på.
- Vis interesse for barnet, men ikke overdrevent følelsesmessig engasjement som "stakkars deg" og "det var sikkert grusomt". Det kan bidra til at barnet avspores.
- Still åpne spørsmål og nøkkelspørsmål til tidligere utsagn.
- Lytt aktivt ved å gjenta, bekrefte og oppsummere.
- Still klargjørende spørsmål, har jeg forstått...., er det riktig....
- Ikke still "hvorfor"-spørsmål. Da lukkes samtalen. Still åpne spørsmål ved å begynne med hva eller hvordan.
- Støtt barnet - anerkjenne barnets følelser, hva tenker du på? Jeg ser at du er lei deg... jeg ser at du blir stille nå, .... prøv å fortell meg videre.
- Avslutt samtalen med å oppsummere kort for barnet hva du har hørt, om du har forstått det riktig og si at dere vil forsøke å hjelpe.
- Lukk samtalen – ved å snakke om dagligdagse ting.
- Hvis samtalen får frem informasjon av betydning, skriv ned både de spørsmål du stiller, kommentaren du gir og svarene du får.
- Du kan si til barnet: Det du forteller meg nå er så viktig at jeg vil skrive det ned.
- Fortell barnet om hva som skjer videre. Sørg for at barnet er trygt.
- Drøft situasjonen med leder/kollega mht grad av bekymring og videre håndtering.
- Avhengig av situasjonen må en vurdere om foreldre/foresatte skal eller ikke skal kontaktes.

### **Planlagt samtale: Familiesamtale med barneperspektiv**

En samtale i familien,- der både planlegging og gjennomføring skjer i samarbeid med foreldre/foresatte.

Ansvarlig for planlegging og gjennomføring av samtalen er en ansatt med minimum treårig helsefag, førskolelærer, lærer og sosionom.

Det anbefales to ansatte og at minst den ene har tilknytning til familien. Inviter gjerne en ansatt med erfaring på barnesamtaler for eksempel Barne-og Familieteamet.

Det kan være behov for barneperspektivsamtalet når et barn vokser opp i familie der det er ulike utfordringer som psykisk sykdom, bruk av rusmidler eller annet.

Tidligere ønsket en å skåne barna fra å snakke om slike tema, mens vi nå fastholder at barn har vondt av det de ikke vet. Barn trenger forklaring på det de fanger opp.

#### **Karen Glistrup sier bla følgende om familiesamtalen:**

*"Lad være med at spørge om børnene har problemer*

*Fortæl i stedet, at du ved det kan være svært*

*Spørg ikke, om forældrene tror, at børnene har lyst til at komme med til en samtale*

*Fortæl hvorfor du gerne vil invitere hele familien ind til samtale*

*Fortæl hva du tenker*

*Stands dig selv i overtalelser*

*Forsøg i stedet at forstå den bekymring, som motstanden kan være uttrykk for*

*Ikke alle børn signaliserer, at de har det svært*

*Ingen er for små og ingen er for store."*

Sammen med foreldre/foresatte gjennomføres det tre samtaler, som skal sikre at barn får aktuell og tilpasset kunnskap om utfordringen som er i familien.

Målet med dette er å redusere indre kaos hos barnet, slik at dagen blir mer forståelig og forutsigbart.

Ved å løfte frem barneperspektivet i familiesamtalen, lærer barnet å oppdage og forstå egne behov, følelser, muligheter og beholde håpet.

Det er også av stor forebyggende verdi i forhold til at barnet ikke skal utvikle skyld, skam og dårlig samvittighet.

**Det anbefales:**

**Barneperspektivsamtalesamtalen.** Organisasjonen Voksne for Barn  
[www.vfb.no](http://www.vfb.no)

**Planlagt samtale: Den avdekkende samtalen**

En samtale med barnet,- der både planlegging og gjennomføring kan skje uten samarbeid med foreldre/foresatte.

Ansvarlig for planlegging og gjennomføring av samtalen er en ansatt med minimum treårig helsefag, førskolelærer, lærer og sosionom.

*Det anbefales to ansatte med i samtalen. Helst bør den av personalet som barnet først fortalte historien til, være med på «alle» videre samtaler/møter barnet har. Eller i hvert fall ha kjennskap til familien. Ansatte for eksempel i Forebyggende tjenester barn, unge og familier har erfaring med barnesamtaler.*

**Det kan være behov for den avdekkende samtale:**

Når barnet på ulike måter gir signaler om at de har det vanskelig.

Når signalene gjør oss bekymret.

Vi vil at barnet skal fortelle oss om konkrete erfaringer og opplevelser de har hatt.

Signalene kan være på bakgrunn av:

- Noe barnet har sagt
- Noe barnet har vist
  - Utagering
  - Tilbaketrekning
  - Seksualisert adferd

**Det anbefales:**

**Den dialogiske barnesamtalen.** Hvordan snakke med barn om sensitive temaer. Åse Langballe 2011 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  
[www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)

### 3.3 Samtalemotodikk

Gjennom Modellkommuneprosjektets opplæringsprogram "Tidlig innsats" ble det gitt introduksjon i "Motiverende samtale og støttesamtale", og det ble omtalt forskjellen på bruken av disse to metodikkene.

Det henvises for øvrig til kapittel 9: Opplæringsprogrammet "Tidlig innsats" (Bufetat).

**Samtalemotodikk - "Motiverende samtale" (MI)**

Forskning viser at bruk av MI (motivational interviewing), har dokumentert effekt. Motiverende samtale er en samtalemotodikk som passer i mange sammenhenger når en ønsker å stimulere/styrke en annen person til å endre adferd, og den passer svært godt for samtale om livsendringer.

MI samtalen deles inn i følgende fem faser: kontakt-/relasjonsskapende, nøytral utforskning, perspektivutvidelse, motivasjonsbyggende og siste fase som går på beslutning og forpliktelse.

Følgende grunnprinsipper gjelder:

- Det viktig å "Be om lov" og fokusere på brukersentreringen og brukerens autonomi
- Endringsfokus - at samtalens formål er å bidra til endring hos brukeren



- Årvåken lytteteknikk og bruk av samtaleredskaper
- Prinsipper for å hente frem og styrke brukerens egen motivasjon
- Betydningen av at endringsarbeidet foregår med reflekterende distanse til problemet.

Det er særlig åpne spørsmål, refleksjoner, bekreftelser og oppsummeringer som brukes som samtaleredskap, i tillegg finnes spesielle andre. Samtalemotoden oppmuntrer personen til å løse problemer i eget liv. Det viktigste for hjelperen er å lytte helt og fullt for å forsøke å forstå den voksnes synspunkter, vise at vi tror på personens evne til å ta riktige valg i eget liv og samtidig stimulere og forsterke steg i positiv retning for seg en dette gjelder den gravide, for barnet og for familien i sin helhet.

Det er viktig at hjelperen viser absolutt respekt for den voksnes selvbestemmelsesrett. Det er når en kjenner seg sett, hørt og får positive forventninger knyttet til seg, at en åpner opp for viktige og positive endringer i eget liv.

### Støttesamtale

Forskning viser at støttesamtale hjelper. Dette er ikke en samtaleform som har fokus på endring, men en samtaleform som har som mål å støtte personens nåværende fungering.

Da gjelder det å finne ut hvor den voksne er i sin forståelse og problemopplevelse og starte samtalen ut fra dette. Det er lite hensiktsmessig at en deprimeret eller voldsutsatt person møtes med urealistiske forventninger om endring. Støttesamtalen kan i disse situasjoner støtte opp om stabilisering.

## 3.4 Bruken av kartleggingsverktøy som en del av samtalen

**Det vises til kapittel 7 der vi omtaler og lenker opp til alle kartleggingsverktøyene.**

Det at tjenestene ikke fanget opp "alle" gravide og småbarnsforeldre som var utsatt, førte til at Modellkommuneprosjektet tok i bruk ulike kartleggingsverktøy. Disse kan fungere inn i samtalen som en dør-åpner og være til hjelp for å tematisere sensitive temaer som kanskje ellers ikke ville blitt grepet fatt i. Oppfølgingen er gitt som et tilbud til tjenester innen helse og sosial for barn og voksne i kommunen.

Kartleggingsverktøyene er bygget rundt "godt utviklede og evaluerte" spørsmålsstillinger.

Ved å implementere disse i vårt arbeid vil vi kunne fange opp flere gravide og barn under skolealder i målgruppen. Og vi må snakke med dem vi møter, enten det er den gravide, et barn eller foreldre/fore-satte.

**Oppfølging ble gitt for kartleggingsverktøy innen følgende tre fokusområder:**

- Samtale og kartleggingsverktøyet **EPDS** (Edinburgh Postnatal Depression Score) benyttes med formål å avdekke depresjon.
- Samtale og kartleggingsverktøyet **AAS** (Abuse Assessment Screen) benyttes med formål å avdekke vold.
- Samtale og kartleggingsverktøyet **Tweak** (Tolerance, Worried, Eye opener, Amnesia, Cut down) benyttes med formål å avdekke bruk av rusmidler.

Det er av betydning at "alle" får de samme spørsmålene innen det enkelte tema, slik at ingen føler seg stigmatisert.

Erfaringen viser at en blir mer konkret i dialogen ved bruk av kartleggingsverktøy og samtalemotodikk ved at vi kan:

- bli tryggere i samtale med gravide/småbarnsforeldre som strever
- bli bedre til å håndtere sårbare situasjoner
- bli bedre på å håndtere motstand/taushet
- få bedre dialog med gravide/småbarnsforeldre
- sikre bedre grunnlag for samarbeid på tvers

### Klinisk skjønn kontra kartleggingsverktøy som en del av samtalen

En ser at det å bruke klinisk skjønn i samtalen, i stedet for kartleggingsverktøy, medfører stor risiko i forhold til ikke å oppdage gravide, barn og småbarnsforeldre i målgruppen. Denne faren fastslås gjennom forskning fra USA, som sier at vi etter svært kort tid har dannet oss en oppfatning av en sak eller

situasjon. I løpet av en samtale, viser studier at vi bruker om lag et minutt på å gjøre oss opp en mening, 55 minutter til å finne argumenter som bygger opp under vår oppfatning og de siste 4 minuttene til å bekrefte denne. Vår hjerne arbeider raskt og vi søker etter det vi ønsker å finne.

Det er etablert rutiner for gjennomføring av samtale og bruk av kartleggingsverktøy hos jordmor, helsesøster og fastlege. Samtale og kartlegging kan utføres både under graviditet og senere når barna vokser til.

**Samtidig ser vi nytten av at også andre tjenester som forholder seg til gravide eller foreldre med barn 0-6 år kan bruke kartleggings skjemaene - evt. tilpasse dette ved bruk av enkelte av spørsmålene - som utgangspunkt for den nødvendige samtalen.**

Spørsmålene gir et godt utgangspunkt for å kunne snakke videre om hvilken betydning psykisk helseproblem/rus/ulike typer vold kan ha for den gravides situasjon / barnas oppvekstsituasjon og hvordan å avhjelpe dette.

Resultatet av kartleggingen brukes kun som grunnlag for samtalen som skjer i etterkant, og det er samtalen som er det viktigste verktøyet. Kartleggingsverktøyene brukes ikke for å stille diagnoser.

**Andre kartleggingsverktøy/-metoder som også kan brukes er:**

**FIRFOTNINGEN** er til hjelp i daglig arbeid og samarbeid når vi er bekymret.

**ALLE MED** kartlegger barnets utvikling innen sosio/emosjonell, språk, lek, trivsel, hverdagsaktiviteter og sansing/motorikk.

**DUDIT** (Drug Use Disorder Identification Test) kartlegger narkotikamisbruk hos den voksne.

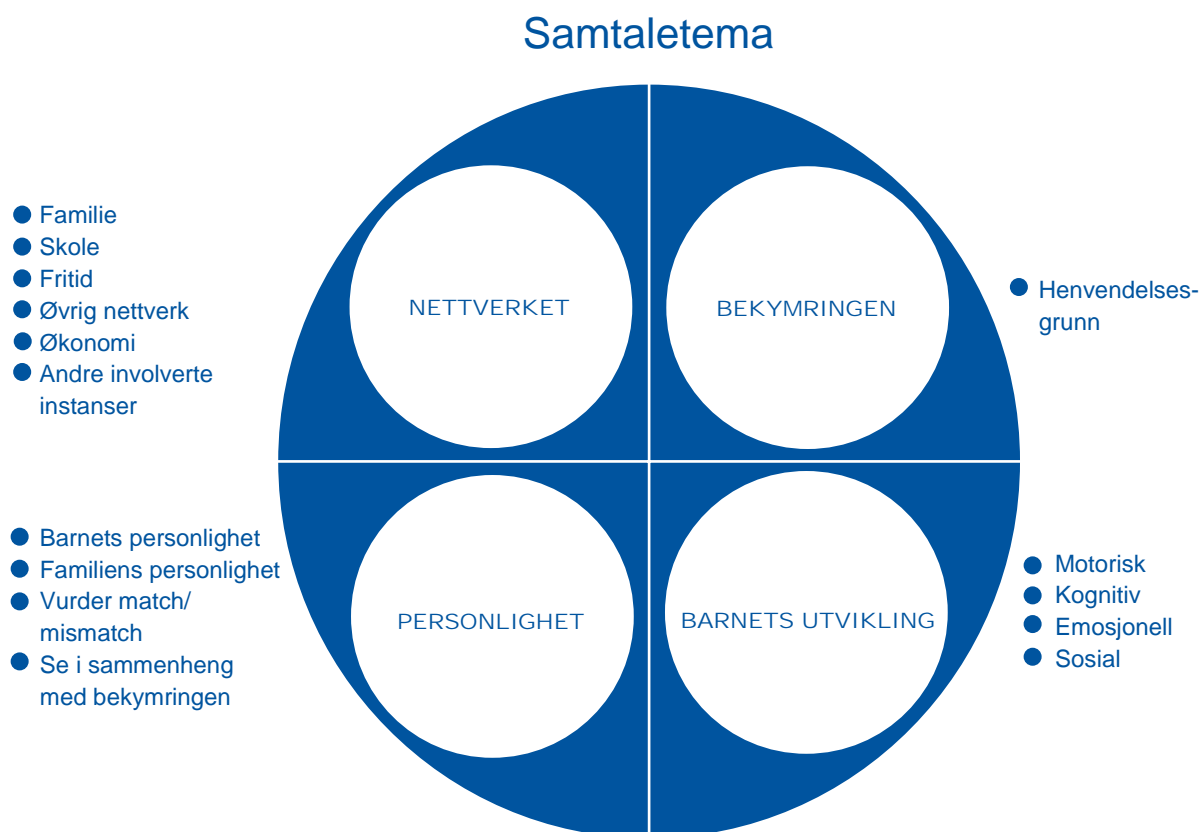
**AUDIT** (Alcohol Use Disorder Identification Test) kartlegger alkoholmisbruk hos voksne.

**KVELLO-MODELLEN** er en kartleggings- og observasjonsmetode som fokuserer på barnets og familiens fungering/situasjon. Kan brukes i barnevern, barnehager og av helsesøster med mer.

### 3.5 Modell for samtale for barn og familien, utledet av kartleggingsverktøyet Firfotningen

Denne modellen brukes under forsamtalen til **Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0-6 år som vekker bekymring**.

Andre tjenester kan også ha nytte av modellen under samtaler omkring barn og familiesituasjonen.



### 3.6 Dokumentasjon av samtalen

Dokumentasjon av samtalen journalføres for den gravide, barnet eller foreldre/foresatte henholdsvis i:

- Winmed (Enhet helse, barn og unge)
- Familia (Barnevernet)
- Geric (Enhet psykisk helse og rus)
- Socio (NAV-Arendal kommune)
- HK-Data (PPT)
- Eget arkivsystem (samtaler i barnehagene)

Samtykkeskjema er også viktig dokumentasjon som screenes og arkiveres.

## 4. KJERNE KOMPETANSE

### 4.1 COS/Trygghetssirkelen

Artikkelen fra [Psykologforeningen.no](http://Psykologforeningen.no) forklarer modellen, og betydningen av tilknytning i nære relasjoner:

## Hva er tilknytning?

Psykologforeningen.no Oktober 2015

*Ida Brandtzæg, psykolog, spesialist i barne- og ungdomspsykologi*

*Stig Torsteinson, psykolog, spesialist i barne- og ungdomspsykologi*

*Guro Øiestad, psykolog, spesialist i voksenpsykologi*

Det finnes to grunnleggende behov hos ethvert menneskebarn: Behovet for beskyttelse og omsorg, og behovet for å undersøke og mestre verden. Begge er grunnlaget for trygghet og livsglede.

Det første mange tenker på ved tilknytning, er at barn kjenner nærhet og trygghet overfor de voksne rundt seg, som når et barn du er glad i sitter på fanget og lener seg godt inntil deg.

Dette er da også en vesentlig side ved tilknytningen. Men tilknytning er mer enn trygghet og godess følelser. Det dreier seg også om å hjelpe barn med vanskelige følelser og støtte dem i utforskning og lek. Før vi sier mer om dette, skal vi se et lite eksempel på tilknytning. Vi skal møte Petter (1) på hans aller første dag i barnehagen. Alt er nytt, den eneste han kjenner er mamma.

*Petter sitter på mammas arm. De går rundt i avdelingen og snakker med Iris, som skal være Petters kontaktperson i barnehagen. Mamma setter seg ned i sofaen, Petter klynger seg inntil henne. Det er tydelig at han ikke er klar for å settes ned på gulvet. Mamma lar Petter sitte på fanget mens Iris småprater med ham. Et kvarter senere krabber Petter selv ned fra mammas fang. Han er meget interessert i en togbane som to andre barn leker med. På vei bort til togbanen snur han seg for å se om mamma fortsatt sitter der. Både mamma og Iris smiler og oppmuntrer ham til å leke med toget. To minutter senere har Petter tatt med seg en togvogn tilbake til mammas fang.*

### Barn søker trygghet

For et lite barn kommer trygghet foran alt. Menneskebarnet kommer til verden med et innebygget og automatisk «program» for å søke trygghet og beskyttelse. Akkurat som Petter søker inntil mamma når alt er nytt og ukjent. Det er dette som kalles tilknytning. Tilknytning er den medfødte evnen til å søke og holde seg i nærheten av en eller noen få voksne, og på den måten sikre sin egen trygghet og overlevelse. Gjennom evolusjonen har tilknytningsatferd vokst fram nettopp fordi den har bidratt til overlevelse: Barn som knyttet seg tett til noen få voksne, fikk best beskyttelse og hadde størst mulighet til å vokse opp og selv få barn. Grunnleggende sett handler altså tilknytning om fysisk trygghet og overlevelse.

Men de siste 50–60 årene har utviklingspsykologien vist oss at tilknytningens funksjon går langt utover den fysiske tryggheten: Nærhet til trygge voksne er helt avgjørende også for barns psykologiske utvikling. Det er nettopp gjennom nære relasjoner til omsorgspersoner at barnet utvikler seg psykologisk sett og får en opplevelse av seg selv som et sosialt individ.

Forskning har vist oss at barnets følelsesmessige og sosiale evner utvikles nettopp ved at barnet får knytte seg til stabile voksne som reagerer sensitivt på barnets behov. Dette omtales ofte som «socioemosjonell utvikling». Små barns følelser og sosiale tilbøyeligheter utløses av nære relasjoner. Uten kontakt med stabile og sensitive voksne vil spedbarnets hjerne ikke utvikle seg normalt, selv om det får mat og varme og blir holdt fysisk i live. Uten nære relasjoner, ingen sunn emosjonell utvikling. Opplevelsen av at en kjent og nær voksen passer på, er viktigere enn noe annet de aller første årene av livet. Tilknytningsrelasjonene tidlig i livet er på en måte barnets grunnopplæring i: «hvem er jeg, hvilken verdi har jeg og hvordan kan jeg være sammen med andre?»

*Uten nære relasjoner, ingen sunn emosjonell utvikling.*

Barnet er avhengig av å møte et «program» for omsorg hos voksne; det må være noen der som gir beskyttelse og omsorg. Barnet trenger å motta omsorg, vi voksne må ønske å gi omsorg, slik mammaen til Petter lar ham sitte på fanget så lenge han trenger det. Og heldigvis starter omsorgsprogrammet hos voksne som regel av seg selv. Når vi får ansvar for et lite barn, blir de fleste av oss litt ømme i hjertet og får lyst til å ta godt vare på den lille.

### Barn vil utforske omgivelsene

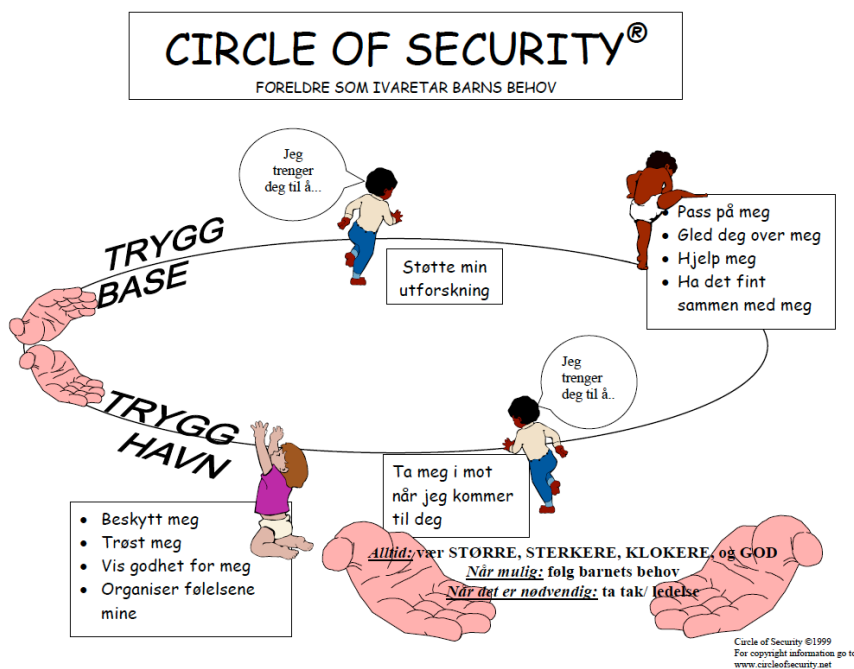
Alle barn er også født med et annet grunnleggende behov, nemlig behovet for å utforske og mestre omgivelsene. Utforskertrangen kommer også tidlig til syne ved at babyen smaker på og undersøker alt som er innen rekkevidde. Noen måneder ut i livet vil barnet opp og fram, med en ustyrlig forskertrang. Slik vi så at Petter ikke kunne motstå den spennende togbanen på gulvet, samtidig som han forsikret seg om at mamma fortsatt var innen rekkevidde. Det finnes altså to grunnleggende behov hos ethvert menneskebarn, to behov som går i hver sin retning, men som likevel henger tett sammen:

- Tilknytning: barnets avhengighet og behov for beskyttelse og omsorg
- Utforsking: barnets selvstendighet og behov for å undersøke og mestre verden

Behovene er avhengig av hverandre. For å kunne utforske må barn kjenne seg trygge og under beskyttelse. Det vil si at barn må ha en viss ro inni seg for å klare å være nysgjerrig på verden. På den andre siden: mens barnet utforsker verden, kan det bli både redd, sint og trøtt. Da trer behovet for nærhet og tilknytning fram igjen. På denne måten er både tilknytningsbehovet og utforskningsbehovet avhengig av hverandre, og begge er grunnleggende for trygghet og livsglede.

### Trygghetssirkelen: Bevegelse mellom tilknytning og utforsking

Trygghetssirkelen bygger på mange års forskning omkring tilknytning og viser oss hvordan de grunnleggende behovene henger sammen:



I nedre del av sirkelen ser vi barnets avhengighet og beskyttelsesbehov, altså tilknytningsbehovet. Hånden som tar imot nederst til venstre representerer den sikre havnen i form av en nær og trygg voksen som barnet kan få hjelp, trøst og nærhet hos når tilknytningsbehovet er «slått på». At tilknytningsbehovet er slått på, betyr at barnet trenger nærhet til den voksne. Det kan være ulike grunner til dette, som at barnet ble engstelig, sliten eller lei seg, eller kanskje at barnet har sine første

dager i barnehagen. Men ofte handler det ganske enkelt om et helt grunnleggende og naturlig behov for nærhet og bekreftelse, et behov for følelsesmessig påfyll.

I øvre del av sirkelen ser vi barnets selvstendighet og utforskertrang, barnets behov for å erobre og mestre verden. Den øverste hånden representerer også den voksne, men her fungerer hånden som en trygg base for barnets utforsking. Barnet tar seg en tur ut i verden, som for et lite barn kan innebære å krabbe bort til lekekassen, eller togbanen, i trygg forvisning om at den voksne er der og passer på.

Barnet trenger den voksne på ulike måter også øverst i sirkelen. For små barn er bevegelsene rundt i sirkelen korte og raske. Barnet beveger seg ikke langt ut før tilknytningen skrus på og det trenger nytt påfyll, slik at det igjen kan bevege seg opp i sirkelen. Kanskje oppstår det noe som er vanskelig å håndtere på egen hånd, for eksempel at barnet faller og slår seg når det reiser seg oppetter lekekassen. Når barnet kjenner det gjør vondt, utløses tilknytningsbehovet, barnet er nede i sirkelen og vil trenge den voksne som en sikker havn. På denne måten beveger barnet seg rundt i Trygghetssirkelen i små eller store runder. Et lite barn har hyppige turer tilbake til den trygge havnen, og turene ut i verden øker i omfang med alder.

*Barnet beveger seg ikke langt ut før tilknytningen skrus på og det trenger nytt påfyll.*

Trygghetssirkelen tydeliggjør for oss dynamikken mellom avhengighet og selvstendighet. Utforsking og læring blir vanskelig, kanskje umulig, uten følelsesmessig påfyll. Tryggheten til å gå ut kommer fra vissheten om at det er mulig å komme inn igjen. Selvstendighet vokser fram av tillatelsen til å være avhengig. På en annen side så trenger barnet å kjenne seg «fri» til å utforske. Avhengigheten avgrenses derfor gjennom tillatelsen til å være selvstendig.

### Å få lys i lampen

«Barnets hjerne er en lampe, tilknytning er at kontakten settes i.» (1)

Vi synes dette er et fint bilde som sier noe om hvor viktig tilknytningen er for barnets vitalitet og utvikling. Når barnet opplever at den voksne ser, forstår og gleder seg over det, føler barnet seg vel og blir glad. Eller for å si det på en annen måte: kontakten settes i, og lampen tennes. Med en trygg og omsorgsfull voksen ved sin side «våkner» barnet og starter på sin langsomme erobring av verden. De første tre årene av barnets liv står den emosjonelle utviklingen øverst på dagsordenen. Det dreier seg om å bli kjent med og håndtere følelser, og utvikle evnen til å erfare, tåle og uttrykke både positive og negative følelser. Å kunne gjenkjenne og skille mellom ulike følelser både hos seg selv og andre er selve grunnlaget for å kunne være sammen med andre, og er en vesentlig dimensjon ved psykisk helse.

Like viktig er det at barnet får utviklet evnen til å kunne regulere egne følelser. Med å regulere mener vi hvordan vi greier å håndtere følelsene inni oss uten at de blir for store. Små barn har i liten grad utviklet denne evnen. Det skal lite til før det «blusser» opp inni dem, og de trenger hjelp til å regulere følelsen ned. For små barn er det viktig at de får nettopp denne hjelpen av noen de er knyttet til. Det er først og fremst sammen med sine viktige nære, det vil tilknytningspersonene, at barn lærer dette. En viktig utviklingsoppgave er derfor å hjelpe barn til å tåle egne følelser, eksempelvis kunne kjenne på sinne uten å bli så overveldet at man utagerer, eller å kunne roe seg ned ved å søke trøst hos en annen. Å lære om egne følelser legger grunnlaget for psykisk helse og vennskap gjennom livet.

### Når du lurer på om ditt barn kjenner seg trygg

Jo mer et barn får hjelp med vanskelige følelser, får delt glede og blir støttet i sin nysgjerrighet, jo større er sjansen for at barnet er trygt. Å være foreldre handler i stor grad om å kunne håndtere mange egne følelser og behov for så å kunne møte barnets behov. Det kan være mange grunner til at foreldre strever med å gi barn den støtten og tryggheten de trenger. Noen ganger har foreldre med seg eget strev inn i relasjonen. Det kan være psykiske vansker, vanskelige barndoms erfaringer eller en vanskelig livssituasjon. Andre ganger kan også barnet ha egenskaper som kanskje trigger eller utfordrer såre sider hos foreldrene.

*Å være foreldre handler i stor grad om å kunne håndtere mange egne følelser og behov for så å kunne møte barnets behov.*

## Hvordan kan vi forstå og hjelpe de utrygge barna?

Om lag 30–40 prosent av barnebefolkningen er det vi kaller for utrygge barn. Vi skal se litt på hvordan dette preger barnas forventninger til seg selv og omsorgspersonene. Utrygge barn har erfart at det *ikke* er så lett å få hjelp med alle følelser og behov. I stedet for å kunne formidle seg direkte og i en rett linje, må de utrygge barna gå omveier for å oppnå den forbindelsen de trenger med den voksne. I denne brokete prosessen er det vanskeligere å bli kjent med egne følelser og uttrykke seg overfor andre.

Det finnes tre ulike former for utrygghet:

### *1. Barn med unngående tilknytning*

De unngående barna har lært at de må håndtere en del vanskelige følelser på egen hånd, og har dermed blitt vant til å klare seg mye selv, litt for tidlig. Barnet begynner å forvente avvisning framfor hjelp når det er nede i sirkelen. Det kan være mange grunner til dette. En kan være at foreldrene er overbelastet eller strever med egne behov.

Men siden alle barn trenger kontakt og nærhet med sine omsorgspersoner, har de unngående barna en tendens til å «presse» seg opp i sirkelen og søke kontakt der i stedet. Dette skjer ikke bevisst, men er en måte å være sammen med andre på som de gradvis lærer seg sammen med sine omsorgsgivere. De gir villedende signaler når de er i bunnen av sirkelen, og «later som» de er på toppen av sirkelen i stedet. Dermed virker de mer selvstendige og mestrende enn de egentlig er. Et eksempel er den lille jenta som er redd, men som i stedet for å gå til mamma for å få trøst (nede i sirkelen) kommer med en bok og vil bli lest for (oppe i sirkelen). Hun uttrykker ikke et direkte og rettlinjert behov for trøst, men oppnår likevel kontakt og nærhet gjennom å lese bok.

Unngående tilknytningsstil innebærer tendenser til å undertrykke behovet for omsorg og avhengighet. Når barnet egentlig er nede i sirkelen og trenger trøst og opplading, vil det kanskje fortsette å leke og si at det går bra. Her ligger det villedende: Barnet framstår som selvstendig også når det trenger hjelp. Forskjellen mellom det forsiktige eller sjenerte barnet og det unngående barnet, er at den forsiktige ikke på samme måte vil «late som» og presse seg opp.

Det kan være utfordrende å komme nær og få hjulpet de unngående barna når de har det vanskelig, men det er viktig at man forsøker. Vær tydelig på at du tilbyr trøst. Ikke vent på at barnet skal komme til deg for å få trøst. Gå bort til det og si at du ser at noe er vanskelig og at du tror det trenger hjelp. Vis respekt, ikke press, men tilby vennlig omsorg. Kanskje når du ikke gjennom med én gang, men over tid kan din vennlige oppmerksomhet bidra til at barnet åpner mer opp og tar imot støtte og trøst, som det egentlig trenger.

### *2. Barn med ambivalent tilknytning*

De ambivalente barna er utrygge på en annen måte enn de unngående barna. Der hvor det unngående barnet presser seg opp i sirkelen, har det ambivalente en tendens til å presse seg *ned*, ved å late som at det trenger nærhet. Utforskning og selvstendighet har ikke fått nok støtte og spillerom. Disse barna gir dermed villedende signaler på en annen måte enn de unngående barna.

Foreldrene har kanskje holdt barnet for tett inntil seg, ikke ut ifra barnets behov for trøst, men ut ifra sitt eget behov for nærhet. I situasjoner hvor barnet egentlig var klar for utforskning, kan foreldrene ha blitt urolige og holdt den lille på fanget. Et eksempel er gutten som har innkjøring i barnehagen, og etter flere dager med mamma til stede, er klar for å være der en stund uten henne. Men gutten merker at mamma gruer seg veldig til å gå, så han klamrer seg til henne, som han pleier. Egentlig kunne han tenke seg å leke med de andre barna i sandkassen (oppe i sirkelen), men han holder seg hos mamma (nede i sirkelen). Barnet kan plukke opp subtile signaler på at utforskertrangen ikke støttes, at mamma, eller pappa er mer komfortabel med nærhet. Andre ganger kan barn bli klengete og uselvstendige fordi vår tilgjengelighet er tilfeldig og uforutsigbar. Barnet prøver dermed hele tiden for å få kontakt og nærhet på en måte som hemmer selvstendigheten.



Mangelfull eller uforutsigbar støtte opppe i sirkelen kan få som konsekvens at barnet virker uselvstendig, kanskje også litt klengete og sutrete. Det er selvfølgelig viktig for de ambivalente barna å få ordentlig trøst, akkurat som det er viktig for alle barn. Samtidig trenger de ekstra støtte og oppmuntring til å greie ting selv, og kanskje hjelp til å utforske og leke sammen med andre barn. Følg barnet inn i leken med andre barn, slik at det kommer i gang. Vis at du er glad for barnet er sammen med andre og trekk deg litt tilbake når det er mulig. De ambivalente barna trenger støtte til å bevege seg opp i sirkelen og litt ut i verden.

### 3. Barn med desorganisert tilknytning

Den tredje formen for utrygg tilknytning skiller seg fra de to andre formene. De desorganiserte barna framstår som forvirrede, skremte og vanskelige å forstå fordi de gjør motsetningsfulle ting: De kan for eksempel gråte fortvilt for så å bli aggressive eller stivne når den voksne kommer for å hjelpe. De gir mer kaotiske enn villedende signaler. Når de blir større, det vil si mellom 3 og 6 år, kan de utvikle kontrollerende atferd. Det kan skje enten ved at de er aggressive og styrende, eller motsatt, ved at de i uvanlig stor grad passer på og hjelper til. En del av disse barna er utsatt for omsorgssvikt og har høy risiko for senere psykiske problemer.

Ikke alle barn med desorganisert tilknytning lever med omsorgssvikt. For eksempel kan tap og sorg, kanskje ved dødsfall i familien, også desorganisere et barn for en periode. Uansett er det noe fastlåst og vanskelig som preger disse barnas situasjon. Barnet kan kjenne på frykt og kaos. Dette er barn som er vanskelige å forstå, og som samtidig mer enn noen trenger gode erfaringer, sammen med voksne.

Disse barna er i risiko for ulike former for psykiske vansker opp igjennom barndommen og senere i livet, dersom de ikke får hjelp til å bli tryggere i relasjonen til sine omsorgsgivere. Hvis du lurer på om barnet ditt har en desorganisert tilknytning er anbefalingen å søke profesjonell hjelp. Det er vanskelig å endre desorganisert tilknytning på egenhånd, det kan være at den voksne selv trenger hjelp for å kunne være en trygg forelder.

### Prøv å se bakenfor barnets atferd

Kunnskapen om utrygg tilknytning kan hjelpe omsorgspersoner til å forstå at noen barn gir villedende signaler, altså at de kan signalisere det motsatte av hva de har behov for. Ikke hele tiden, men ofte nok til å trenge at vi ser bakenfor den umiddelbare atferden og jobber litt ekstra med å forstå barna innenfra.

Det unngående barnet kan for eksempel trenge hjelp til å la seg trøste (nede i sirkelen) selv om det fremstår som selvstendig og ikke signaliserer at det trenger hjelp. Stikkordet er balanse i Trygghets-sirkelen; alle barn trenger nærhet og trøst, og alle barn trenger å bevege seg ut i utforskning og lek.

### Hva finnes av programmer som har som formål å styrke barnets tilknytning her i Norge?

Du kan få hjelp til å styrke relasjonen på mange nivåer i hjelpeapparatet, fra foreldrekurs på helsestasjonen til mere omfattende tiltak innenfor Psykisk helsevern for barn og unge og barnevern. Med utgangspunkt i [ungsinn.no](http://ungsinn.no) (2) finner du under listen over foreldrekurs og behandlingsprogrammer som baserer seg på tilknytningspsykologi og har som formål å styrke barnets tilknytning.

#### Foreldrekurs:

- Circle of Security Parenting. Circle of Security (COS) er det tiltaket i Norge som i størst grad bygger på tilknytningspsykologi. Circle of Security Parenting er et foreldrekurs basert på denne metoden og drives over hele landet bl.a. i kommunehelsetjenesten (som ved helsestasjonen).
- International Child Development Programme (ICDP) – Program for foreldreveiledning (ICDP). ICDP er ikke tilsvarende tilknytningsbasert som COS, men er et program for foreldreveiledning med målsetning om å understøtte og fremme psykososial omsorgskompetanse hos personer som har ansvar for barn. ICDP er også et utbredt program.

*Behandlingsprogrammer:*

- Circle of Security Intervention (COS International) og Circle of Security Virginia (familie / gruppemodeller) er varianter av den terapeutiske modellen til Circle of Security. Dette er et behandlingsprogram for familier som trenger mer omfattende hjelp for å styrke relasjonen til barnet og barnets tilknytning. Den terapeutiske modellen til Circle of Security er innført på bl.a. på BU-Per flere steder i landet.
  - (1) Daniel J. Siegel, amerikansk barnepsykiater.
  - (2) Presentasjoner av tiltak for barn og unges psykiske helse er Ungsinns hovedinnhold. Dette omfatter helsefremmende tiltak, forebyggende tiltak og psykososiale behandlingstiltak som er tilgjengelige i Norge.*Denne teksten er basert på Brandtzæg, Torsteinson og Øiestads bok "Se barnet innenfra" (2013), men bearbeidet av forfatterne for dette formålet.*

[More Sharing Services](#)[Share](#) | [Share on facebook](#) [Share on twitter](#) [Share on linkedin](#) [Share on google](#)

## Circle of Security

## 4.2 Traumebasert omsorg

Barn som pårørende kan ha foreldre og en oppvekstramme som sikrer de en god start i livet, mens andre barn vokser opp med mor eller far som strever så mye med egne psykiske eller fysiske helseproblemer, utøvelse av vold eller bruk av rusmidler at dette påvirker deres foreldrefungering og dermed barnas oppvekstvilkår. Barn som pårørende må derfor kartlegges mht omsorgssituasjonen og ved behov må hele familien følges opp med støtte til både foreldre og barn for å sikre god utvikling på alle områder. Ved særlige tilfeller må barn gis annet oppvekstilbud gjennom Barnevernstjenesten.

### Traumebasert omsorg, teori og praksis

Utdrag fra artikkel skrevet av Tone Weire Jørgensen og Heine Steinkopf, RVTS-sør.

Erfaringer barn kan oppleve i sin barndom, kan gjøre barn redde, krenke dem eller får dem til å føle seg hjelpesløse. Medregnet som traumeerfaringer er også dette at barnet ikke blir møtt på sentrale og grunnleggende behov bla ikke blir sett, ikke blir møtt på følelser, ikke blir forstått og støttet, ikke tilpasset kosthold/ søvn/hvile/ klær med mer.

Traumebevisst omsorg tar utgangspunkt i hvordan krenkelser og psykologiske traumer påvirker barns utvikling og fungering.

Avhengig av type, alvorlighetsgrad, varighet og tidspunkt, vil slike utviklingstraumer kunne påvirke alle forhold ved et barns utvikling; biologisk, emosjonelt, kognitivt og sosialt. "Smerteuttrykk" er et begrep som brukes for å beskrive det følelsesmessige stresset et barn kan oppleve som følge av dette.

Traumeerfaringer som nevnt her, benevnes som "Multieksposering" eller "Kompleks traumatisk eksponering". Det tradisjonelle traumbegrepet som omfatter enkeltstående traumer, er altså ikke dekkende for de psykologiske, sosiale og utviklingsmessige skadene barnet blir påført av sine omsorgspersoner ved "Multieksposering"/"Kompleks traumatisk eksponering".

Med utviklingstraumer mener vi at barnet utsettes for krenkende eller skremmende opplevelser eller at deres sentrale behov ikke blir møtt, og at dette har oppstart tidlig i barnets liv. Det ligger i betegnelsen "utviklingstraume" at barnets utvikling påvirkes og skades. Ofte benyttes også begrepet "komplekse traumer" når barnet har vært utsatt for vedvarende belastning som har begynt i tidlig barndom. Da lever barnet i konstant og vedvarende frykt for nye episoder.

Sentrale områder i barnets hjerne kan påvirkes ved nevnte forhold. Dette kan gi følger for:

- barnets tilknytningssystem
- system for krisehåndtering
- følelsessystemet
- hukommelsen
- og evnen til refleksjon og selvforståelse (prefrontal cortex).  
(Siegel, 1999; Shore, 2003; Perry, 2009).

Forstyrrelser/vansker i disse områdene viser seg i generelle reguleringsproblemer som:

- vansker med å regulere eller styre egne følelser,
- vansker i forhold til andre mennesker
- vansker med å styre aktivering («det koker i hodet!»)
- og vansker med å forstå seg selv og sine egne reaksjoner.

De konkrete symptomene vil kunne vise seg som:

- Atferdsvansker
- vansker med impuls kontroll
- vansker i nære relasjoner
- avhengighet
- uro og angstelse
- somatiske plager
- eller ekstrem tilbaketrekning.

Listen over symptomer vil egentlig være utømmelig, men overskriften for de reaksjoner en ser vil altså være reguleringsvansker i global forstand.

Traumbasert omsorg er en verdiforankret tilnærming til barns og voksnes livsproblem. Det er ikke en metode, men snarere en forståelsesramme som tar høyde for barns livsbetingelser, med spesiell vekt på opplevelser i tidlig barndom. Samtidig vil denne forståelsesrammen gi konkrete redskaper til hjelp for både foreldre og hjelpere.

Traumbasert omsorg har vist seg å være en svært effektiv tilnærming, og forståelsesrammen ser ut til å gi omsorgspersoner større grad av mot og håp. Det gjør dem også bedre i stand til å møte krenkede barn med anerkjennelse og respekt, og med forståelse for hva atferden deres betyr. Traumbasert omsorg er altså to ting: en forståelsesramme, og de metoder og intervensjoner som følger av denne forståelsesrammen.

*På en måte kan vi si at Traumbasert omsorg er "huset" vi bygger opp rundt barnet og omsorgspersonene, det er grunnpilarene som alt omsorgsarbeid og behandling hviler på. Metodene, verktøyet og intervensjonene vi anvender inne i "huset" er "interiøret".* Rækkefølgen er viktig; huset først, deretter interiøret.

Huset må være preget av tre hovedprinsipper TRYGGHET, RELASJON og AFFEKTREGULERING.

Opplevd trygghet er det viktigste fokusområdet, fordi traumatiserte barn ofte har et hypersensitivt nervesystem. Innen relasjon er tilknytning et sentralt begrep, og omsorgspersoner må være bevisst hva som bygger gode relasjoner samt bevisst på egne reaksjoner på traumatiserte barns adferd. Nervesystemet må reguleres (samreguleres med omsorgsperson/annen trygg person) for at barnet skal kunne ta i mot og nyttegjøre seg av støtten. På denne måten gir vi barnet reguleringsstøtte til sine følelser. Howard Bath (2009) kaller dette «de tre pilarene for traumebevisst omsorg».

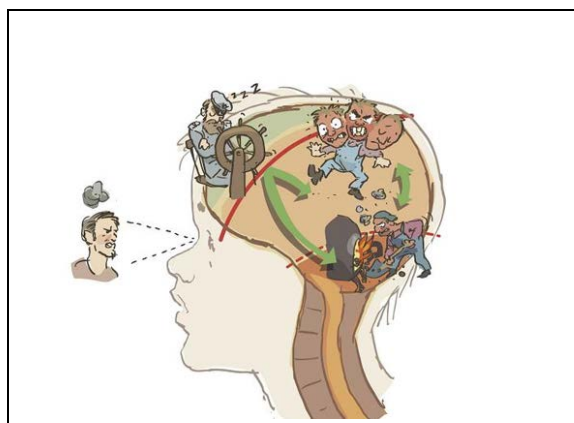
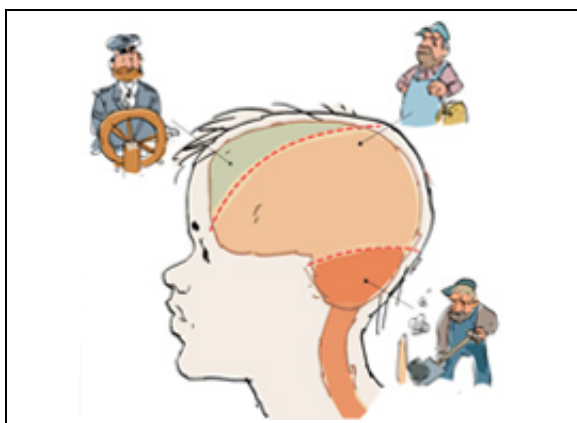
*Metoder "Interiøret":* Den tredelte hjernen og Toleransevinduet.

Toleransevinduet og den tredelte hjernen er begreper som er nyttige å bruke i de praktiske møtene med traumatiserte barn.

Den tredelte hjernen (f.eks. Shore, 2003; Siegel 1999) beskriver hvordan hjernen vår er organisert i nivåer; med grunnleggende funksjoner som:

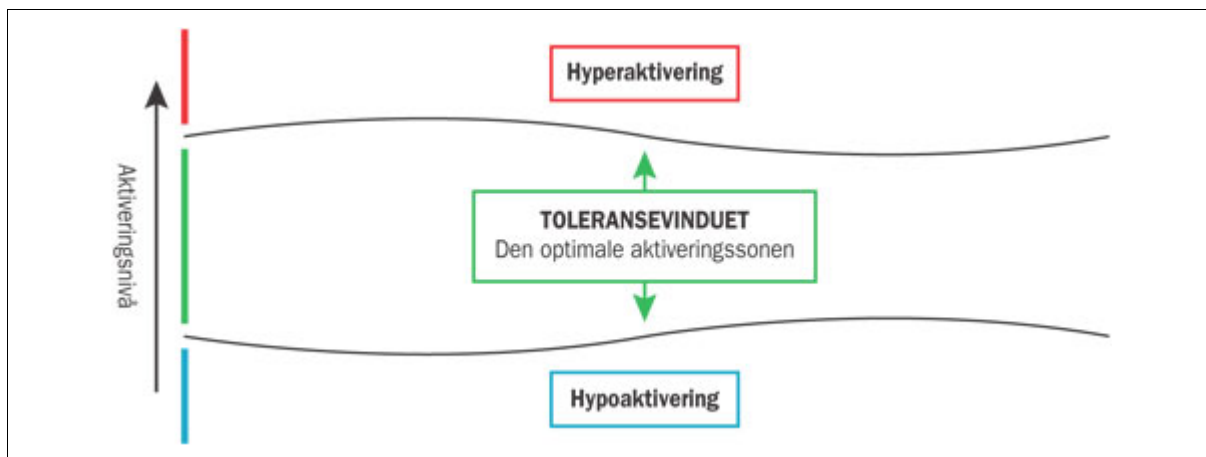
- regulering av aktivering (grad av våkenhet) lokalisert i øvre del av hjernestammen
- mer utviklede funksjoner som emosjoner, tilknytningssystem og opplevelseseshukommelse omtrent midt i hjernen (det limbiske system)
- og regulerende, reflekterende og «fornuftige» funksjoner i ytre og fremre del av hjernen (pre frontal cortex).

For å gjøre det litt enkelt kan vi kalle den øverste delen av hjernen for «kaptein», den midterste «maskinist», og den nederste «fyrbøter». Disse betegnelsene er beskrivende for viktige funksjoner som er lokalisert til disse områdene.- Kapteinen er fornuftig, reflekterende, og kan tenke konsekvenser, mens maskinist og fyrbøter ikke har disse funksjonene. - Fyrbøteren står for energi i form av stresshormoner når det er behov for det, mens maskinisten formidler denne energien gjennom følelser og tilknytningsmønstre. - Når trykket i fyrkjelen blir for høyt, forlater kapteinen broen, og skuta er uten styring.



Toleransevinduet er en beskrivelse av når kapteinen er "til stede". Når barnet er *utenfor* sitt toleransevindu har det ikke kontakt med kapteinen, med andre ord; det er ikke tilgjengelig for fornuft, og barnet "styres" av de smertefulle erfaringene som ligger lagret i maskinrommet. Barnet vil handle i affekt. Det blir det viktig for omsorgspersoner/hjelpere å forstå at en del av barnets atferd ikke styres av fornuft eller planlegging, men er styrt av en maskinist som ikke har utsyn fra maskinrommet. Det blir derfor en sentral utfordring for omsorgspersoner å forsøke å holde barnet i toleransevinduet, siden det er da læring og utvikling kan finne sted.

Barn som har opplevd mange vonde erfaringer, vil ha et smalere Tolleransevindu enn et barn som har hatt god og trygg oppvekstramme. Dvs at det skal mindre stimuli til for at barnet trigges og kommer utenfor sitt Tolleransevindu. Imidlertid vil dette kunne utvides og normaliseres ved affektregulering,-gjennom samregulering av omsorgspersoner/hjelpere.



Toleransevindumodellen (Tilpasset fra Ogden, Minton & Pain, 2006)  
Samregulering (co-regulering)

Vi kan **ikke** fjerne barnas opplevelser av frykt, savn, avvissning eller skam. Men ved å være en regulator for de uhåndterlige følelsene, inntil de er i stand til å regulere seg selv kan vi hjelpe de til og etter hvert bli i stand til å møte smerten og plassere den i fortiden.

Samregulering av følelser innebærer å møte barnet på følelsen som ligger under atferds uttrykket. Det motsatte av samregulering ville være å korrigere eller straffe barnet fordi det for eksempel bruker banneord og formidler sin sjalusi på en urimelig måte.

### Innføring av alternative beskrivelse av barnet

Et sentralt prinsipp i Traumebasert omsorg er at vi tolker atferden som et **smerteuttrykk**. Det ligger alltid en følelse bak handlingen, det er denne følelsen vi skal møte.

Dette understreker betydningen av å søke å forstå det enkelte barns livsverden. Vi må forstå hvordan deres indre verden ser ut, hvilke mekanismer for regulering av skremmende hukommelsesbilder, vanskelige emosjoner og indre destruktive modeller for hva en kan forvente av voksne, har nettopp dette barnet? Er atferden et forsøk på å regulere redsel og sinne? Er selvskadingen et forsøk på å undertrykke smertefulle minner? Hva trenger dette barnet for å få en mer hensiktsmessig håndtering av sin indre smerte?

Det gjør en stor forskjell når vi tolker barnet som viser sinne som:

- *Nå har han det veldig vondt, den psykiske smerten gjør at han ramler ut av toleransevinduet – han trenger noen som kan regulere ned aktiveringen –*

i stedet for at vi tolker som vi ofte gjør når vi kun ser atferden:

- *Nå er han helt umulig igjen- han må ta seg sammen.*

Ved siste tolkning oppfatter vi det som en villet atferd- fremfor at vi forstår at han faktisk ikke har noe annet repertoar til rådighet.

### Fokus på «hjernebyggende aktiviteter»

Bruce Perry (1999) har vist hvordan hjernen formes av bruken. Dette kan også utnyttes i det godes tjeneste. Barnets hjerneutvikling vil påvirkes av god samhandling. På samme måte vil hvert eneste gode møte mellom barnet og omsorgspersonene være utviklende for barnets tilknytningssystem, og vil kunne

motarbeide destruktive «skjema» (indre arbeidsmodeller) som inneholder bilder av voksne som farlige eller uforutsigbare.

Traumebasert omsorg har derfor like mye fokus på den voksnes fungering som på barnets psykiske smerte. Personer, institusjoner eller miljøer som ønsker å jobbe traumebevisst må tåle å se innover i seg selv og tåle å bli korrigeret. Evnen til samregulering er en sentral ferdighet i Traumebasert omsorg. For å kunne regulere andre, må man være regulert selv. Dette krever noe ut over vanlig utholdenhet og stabilitet. Man må oppøve evnen til å bevare ro og ha tilgang til sin egen kaptein når det stormer som verst, i tillegg må man kunne hente frem ressurser hos seg selv når barnet ikke fremmer sine behov. Det er like viktig å regulere begge veier.

Traumebevisst omsorg er en modell som er grunnlagt i forskning fra ulike felter, og spesielt hjerneforskning og nevrovitenskap, utviklingspsykologi og tilknytningsforskning. Forskningsmessig og fornuftsmessig godt forankret. Samtidig er modellen intuitivt forståelig for mennesker som står nært traumatiserte barn og unge, i fosterhjem og institusjoner. Den stiller krav til omsorgspersoner, særlig i forhold til forståelse og evne til selvrefleksjon, men ser ut til å være en modell som skaper håp og utvikling for fosterfamilier.

Lenke til artikkelen i sin helhet:

<http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Fagstoff/Barnevern/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf>

### Tilslutt noen ord om Mentalisering

Målet er at barn og foreldre, om nødvendig med hjelp og støtte, utvikler og etablerer et godt og stabilt samspill der barn blir møtt på sine følelser gjennom spelling av sine omsorgspersoner, slik at de føler seg sett og forstått og utvikler trygg tilknytning til sine disse.

Vi er alle født til å relatere og søke relasjon. Alle barn (og voksne) ønsker å føle seg trygge og er programmert til å søke nærhet og knytte seg til omsorgspersoner så godt de kan. Frigjøringen av hormonet Oksyticin, kjærlighetshormonet, hos omsorgspersoner styrer fokuset på dette å være nær barnet. Omsorgspersoner skal gi omsorg, kjærlighet og dekke grunnleggende behov. Samtidig vet vi at ikke alle barn opplever god nok foreldrekompetanse.

Det er særlig to typer informasjon som styrer barnet i hvordan det er sammen med sine foreldre:

- Hvordan fungerer mine foreldre (kan jeg stole på de? Vil de passe på meg? Er jeg viktig for de?)
- Hvordan kommer jeg så nære mine foreldre som mulig (trenger jeg å skjule mine følelser for ikke å synes? Trenger jeg å overdrive mine følelser for ikke å glemmes?)

Allerede ved 1 ½ års alder har barn utviklet en "relasjonsmodell", dvs en modell for hvordan relasjoner (særlig omsorgspersoner) må "håndteres" for å få mest mulig nærhet og omsorg. Relasjonsmodellen er i stadig utvikling, og er oftest selvbekreftende for barnet.

Mentalisering er ikke **en evne**, men heller et system av ulike prosesser som aktiveres avhengig av oppgaver (selv/andre, emosjonell/kognitiv). Og det utvikles i trygge tilknytningsrelasjoner som nevnt når omsorgspersoner gjentakende evner å speile barnets følelser slik at barnet føler seg forstått og sett. Kvaliteten på tilknytning barnets omsorgspersoner har hatt til sine egne omsorgspersoner, er altså vesentlig for grad av mentaliseringsevne som er utviklet hos dem. Og dette vil i neste runde prege deres foreldrefungering – på godt og vondt. Derfor vil kartlegging og om nødvendig tilpasset støtte på dette området bli svært viktig for å sikre barnet den beste utvikling. "Circle of security" samt "Mentaliseringsbasert terapi" er også metoder som øker omsorgspersoners oppmerksomhet omkring dette,

God mentaliseringsevne innebærer at en kan se både seg selv innenfra –mindfullnes,- og den andre innenfra – empati. Og videre at en kan se seg selv utenfra med den andres blikk – relasjonell faktor, dvs har en oppfatning om hvordan en påvirker den andre. Evnen til å forstå seg selv, virker å være forløperen til å forstå andres perspektiv.

Signalene- det en ser og opplever må gis "en mening". Dette gjelder både i forhold til seg selv som for eksempel omsorgsperson, i forhold til barnet og i forhold til samspillet mellom seg selv og barnet. En vil kunne se mening i det sosiale samspillet ved å tenke hvilke mentale prosesser som ligger bak egen og andre menneskers her barnets atferd, og må omsette forståelsen i handling. Barnet må få hjelp til å lære seg å oversette de kroppslige signalene til følelser, slik at dette blir noe en kan snakkes om.

Mentalisering er viktig for å forstå seg selv og samspillet mellom mennesker. En kan da forutsi og forstå den andres adferd, det blir lettere å regulere egne og barnets følelser samt oppleve barnets indre tilstand. En unngår i større grad misforståelser, en øker kommunikasjonen og det gode samspillet. Og en



kan lettere se at det er sammenheng mellom følelser og handlinger, slik at en lettere kan komme ut av vanskelige mønstre. Gjennom slik foreldrefungering kan barn utvikle god selvfølelse, samt empatisk og sosial kompetanse.

Om vi derimot er utsatt for stress under oppvekst og/eller er biologisk disponert, er det større risiko for en sårbar mentalisering og risikoen for mentaliseringsbrudd er stor,- dvs brudd i evnen å være i kontakt med seg selv. En vil ha lite/ingen kontakt med egne følelser, ofte blir ens adferd drevet av følelser, får ofte svart-hvitt bilde av andre, vansker med å ta andres perspektiv, vansker med å verdsette egne eller andres følelser og vansker med å se sammenheng mellom tanker-følelser-handlinger. Dette resulterer i at en ofte fortolker adferd ut fra situasjoner og fysiske begrensninger, mer enn ut fra tanker og følelser. Og slik sårbarhet sees ofte hos omsorgspersoner ved stress, emosjonell dysregulering, psykiske helsevansker og ved bruk av rusmidler.

En tenker gjerne at de vansker som er skapt i relasjon, heles ofte best i relasjon.

Avslutningsvis fremholdes nødvendigheten av å søke å forstå det enkelte barns livsverden gjennom deres smerteuttrykk,- og både Traumebasert omsorg og Mentalisering er viktig både som forståelsesmodell og som metode for å hjelpe familien som helhet og barnet spesielt.

### 4.3 Affektfobi-modellen

I artikkelen under vises det til at det er dokumentert viktige sammenhenger mellom psykisk helse og evnen til å oppleve og gi uttrykk for egne følelser.

"Affektfobi-terapi: Prinsipper for å nærme seg følelser gjennom gradvis eksponering i psykoterapi".  
<http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2013/781-789.pdf>

Lav følelsesbevissthet, lav toleranse for følelser og vansker med følelsesregulering er vesentlige faktorer i psykiske lidelser bla symptomlidelsene (angst og depresjon) samt personlighetsforstyrrelser. Når emosjonelle konflikter kan danne grunnlag for psykiske lidelser som bla angst og depresjon, forklares det ved at en impuls eller følelse /for eksempel sinne, tristhet, nærhet, glede) generer angst og deretter en /flere typer forsvar i forhold til den følelsesmessige konflikten barnet opplever. Slike emosjonelle konflikter er ofte ubevisste.

Når en møter barn som strever med tanker og følelser er det viktig å følge opp barnet og foreldrene med fokus på samspill, enten en møter familien i barnehagen eller gjennom oppfølging i barne- eller voksen-tjenester. Det kan være aktuelt å formidle/koble på andre tjenester, evt melding til barnevern avhengig av bekymring. Uten bevisstgjøring hos de voksne, vil følelsesmessige spenninger/konflikter over tid hos barnet kunne utvikle seg i årene fremover og som voksen vil en ofte ha behov for terapeutisk oppfølging.

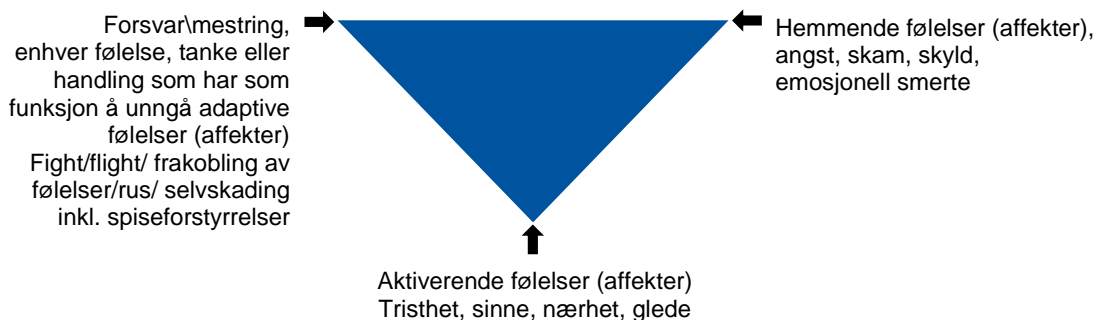
Den sentrale antakelsen i affektfobimodellen er at systematisk unngåelse av aktiverende følelser kan føre til livsvansker og psykologiske symptomer.

Som eksempel på affektfobimodellen, vil et barn som tidligere har erfaringer med at det å føle eller gi uttrykk for tristhet har ført til avvising, straff eller andre ubehagelige erfaringer, kunne utvikle en forbi for tristhet. Det vil oppstå en klassisk betinget assosiasjon mellom tristhet og frykt som vil hindre barnet fra å identifisere behov og mobilisere ressurser som ligger i tristhet. Når et barn senere kjenner på tristhet, vil denne følelsen aktivere angst og deretter en/flere forsvarsmekanisme for å holde det følelsesmessige ubehaget på avstand. Barn vil holde tilbake egne behov for "å beholde" relasjonene til sine omsorgspersoner. Erfarte «såre» følelser blir liggende som undertrykte følelser. Dette fører til følelsesmessig ubehag, stress/angst, skam og/eller skyld når nye situasjoner trigger de undertrykte følelsene/behovene. Og forsvarsstrategier utvikles/automatiseres for å holde det følelsesmessige kaoset på avstand. På denne måten kan barn gjennom negative læringserfaringer utvikle fobiske reaksjoner overfor egne følelser, og dermed for ytre objekter eller situasjoner. De undertrykte følelsene blir liggende der og «stjeler» energi og livsglede inntil personen blir bevisst disse og anerkjenner de for det de egentlig betyr.

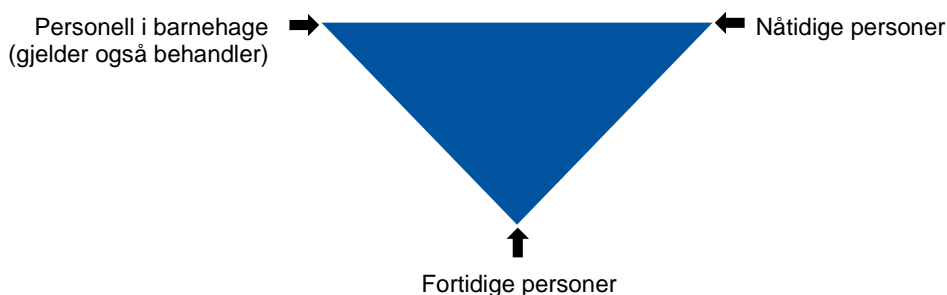
Vi kan tenke at modellen kan være nyttig for å forstå at et barns smerteuttrykk/adferd kan forklares med undertrykte følelser. Dette fordi barnet ikke i tilstrekkelig grad er møtt på sine egentlige behov/følelser.



## Konflikttriangel



## Persontriangel



Sitat fra artikkelen: "Konflikt og persontriangelet.

På tvers av ulike Psykodynamisk korttidsterapi (KDP-) modeller benyttes ofte to ulike visuelle modeller for å fokusere det terapeutiske arbeidet med indre konflikter samt pasientens overføring av emosjonelle temaer fra fortidige til nåtidige relasjoner. Leigh McCullough, tidligere forskningsleder ved Modum Bad og tilknyttet Harvard Medical School, utviklet en integrativ modell for affektfokusert dynamisk korttidsterapi hvor læringsterapi og adferdsterapeutiske prinsipper står sentralt. Modellen ble senere kalt for Affektforberedelse (AAP) (McCullough et al., 2003a).

Modellene er basert på to figurer som opprinnelig ble presentert i Karl Menningers bok, «The Technique of Psychoanalysis» (1958). Innenfor Psykodynamisk korttidsterapi (KDP) benevnes trianglene som henholdsvis «Konflikttriangelet» og «Persontriangelet» (Malan, 2001).

Modellene benyttes aktivt for å etablere fokus gjennom å systematisere informasjon om pasientens historie og vansker. De er i hovedsak ment som et hjelperedskap for terapeuten, men benyttes også tidvis som pedagogisk virkemiddel i psykoedukasjon og behandlingsplanlegging sammen med pasienten. Konflikttriangelet (figur 1) er ment å illustrere dynamikken mellom de ulike komponentene i pasientens emosjonelle konflikt.

Triangelet består av et nedre hjørne som representerer viktige impulser eller følelser som er konfliktladet for pasienten. Øvre høyre hjørne representerer angst som er assosiert med disse følelsene. Øvre venstre hjørne representerer pasientens forsvar og viser hvordan hun eller han prøver å unngå konfliktladede impulser eller følelser; for eksempel at en gråter i situasjoner hvor hun eller han egentlig er sint.

«Et tegn på at en affekt fungerer som forsvar, er at affekten ikke synes å gi personen en fornemmelse av lettelse og løsning, men synes å bidra til en opplevelse av fastlåshet og hjelpsløshet (McCullough-Vaillant, 1997). Pasienten fremfor å uttrykke nærhet og risikere avvisning lærer seg å skjule behovet for nærhet til andre, eller trekker seg tilbake i situasjoner hvor andre gir uttrykk for nærhet. Slike forsvarsmekanismer er ofte ubevisste, men kan også være automatiserte reaksjonsmåter pasienten selv har innsikt i.

Pasienten fremfor å uttrykke nærhet og risikere avvisning lærer seg å skjule behovet for nærhet til andre, eller trekker seg tilbake i situasjoner hvor andre gir uttrykk for nærhet. Slike forsvarsmekanismer er ofte ubevisste, men kan også være automatiserte reaksjonsmåter pasienten selv har innsikt i.

Triangelet er plassert med spissen ned for å illustrere at impulser og følelser som dette hjørnet representerer, antas å komme forut i tid, og dermed ligge under eller bak angsten og forsvaret (Malan, 2001).

Persontriangelet (figur 2), også kalt innsiktstriangelet (Coren, 2001), er ment å illustrere hvordan emosjonelle responser som er basert på tidlige erfaringer med signifikante andre, blir overført til andre mennesker i pasientens liv, inkludert terapeuten.

Persontriangelet kan beskrives som en modell for å forstå opprinnelsen til pasientens emosjonelle konflikter og hvordan disse gjentas og gjenoppleves i nåtidige mellommenneskelige forhold; for eksempel hvordan en pasient som har erfart avvisning når hun eller han har søkt nærhet hos foreldrene sine, også vil forvente avvisning i møte med partner og andre betydningsfulle personer.

I persontriangelet plasseres erfaringer med tidligere signifikante andre på nedre hjørne for å illustrere at disse ligger bak og preger pasientens erfaringer både med venner, partner og barn (nåtidige andre), samt emosjonelle responsmønstre i samspill med terapeuten.

Triangelene benyttes for å tydeliggjøre målsettingen i korttids psykodynamisk terapi: At pasienten skal kunne forholde seg til sitt eget forsvar og sin angst, og gradvis bli bedre i stand til å være i kontakt med og gi uttrykk for viktige følelser". Sitat slutt.

Hovedmålsettingene i affektforbitilnæringen er å avlære den betingende assosiasjonen mellom aktive- og hemmende affekter (tristhet, sinne, nærhet, glede) og hemmende affekter (angst, skam, skyld og emosjonell smerte).

Ved å fremme ny læring hvor personen gjør reelle erfaringer med at det å kjenne følelser (affekter) hun eller han tidligere har unngått, kan gjøre det lettere å navigere i utfordrende situasjoner og bidra til økt indre vitalitet, tydeligere personlige grenser og bedre samspill med andre mennesker.

Denne modellen viser viktigheten av å anerkjenne barn fra fødsel av på deres behov og følelser, slik at barnet opplever at deres verdi og mestring ivaretas. På denne måten støtter vi barnet i å bygge grunnlaget for god psykisk helse og dermed også god sosial kompetanse.

## 5. ARENDALSMODELLEN

Regjeringens satsning på Modellkommuneprosjektet gjennom Helsedirektoratet og Barn- og Familie- direktoratet for perioden 2007-2014, har beriket videreutvikling av Arendalsmodellen for gravide- og småbarnsfamilier med psykisk sykdom, rusbruk, vold eller andre utfordringer. Ved å tilby en helhetlig, langsiktig og dokumentert oppfølging med kvalitet, kontinuitet og brukermedvirkning skal små og store innbyggere innen målgruppen sikres den beste utvikling.

Formålet med modellen for Arendal kommune er at ansatte i alle tjenester som møter barn under skolealder eller voksne som er gravide/har foreldreansvar eller samvær med barn, tidlig identifiserer brukere i målgruppen. Den videre oppfølging kan være av en eller flere tjenester som samarbeider. Gjennom denne modellen vil tjenestene sikres en felles måte å forstå og samhandle på.

Innad i vår kommune har vi fått etablert et tett samarbeid mellom barne- og voksentjenestene innen psykisk helse, også de som innbefatter vold og rus med mer. Vi har derfor større mulighet til å fange opp barn i målgruppen som ikke går i barnehagen. De fleste barn går imidlertid i barnehage og vi ser derfor at barnehagene er en viktig del av satsningen og dermed modellen.

Vårt mål er å utarbeide en handlingskjede som tydeliggjør "hvem gjør hva, hvordan og når" i vår kommune når vår oppmerksomhet går over mot bekymring i forhold til målgruppen. Vi ser samhandling mellom tjenester som en viktig forutsetning for å nå dette.

### **Arendalsmodellen for målgruppen omfatter følgende satsning:**

- Oppstartssamtale i barnehagen
- Handlingskjeden i tjenestene for henholdsvis gravide, barn 0-6 år og for foreldre/foresatte.
- Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0-6 år som vekker bekymring

### 5.1 Oppstartssamtale i barnehagen

Som en del av satsningen i Arendal kommune vil pedagogene i barnehagene tilstrebe en samtale ved oppstart i barnehagen, gjerne i juni måned. Gjennom denne samtalen ønskes det å bygge gode relasjoner med foreldrene.

Hensikten er at pedagogene og personalet forøvrig kan være gode støttespillere for foreldre rundt oppveksten til det enkelte barn. Er det utfordringer i forhold til barnet/i familien, er det viktig med tilstrekkelig støtte. Dette for å sikre best utvikling for barnet.

#### **Det vises til:**

Kapittel 6.1 "Informasjonsskriv til foreldre før oppstartssamtale" og "Kartlegging i oppstartssamtale".

## 5.2.1 Handlingskjeden - Gravide

**Rusbruk meldes direkte til NAV. Opplysninger om vold vurderes og evt. meldes til politi. Se NAVs tjenestebeskrivelse.**

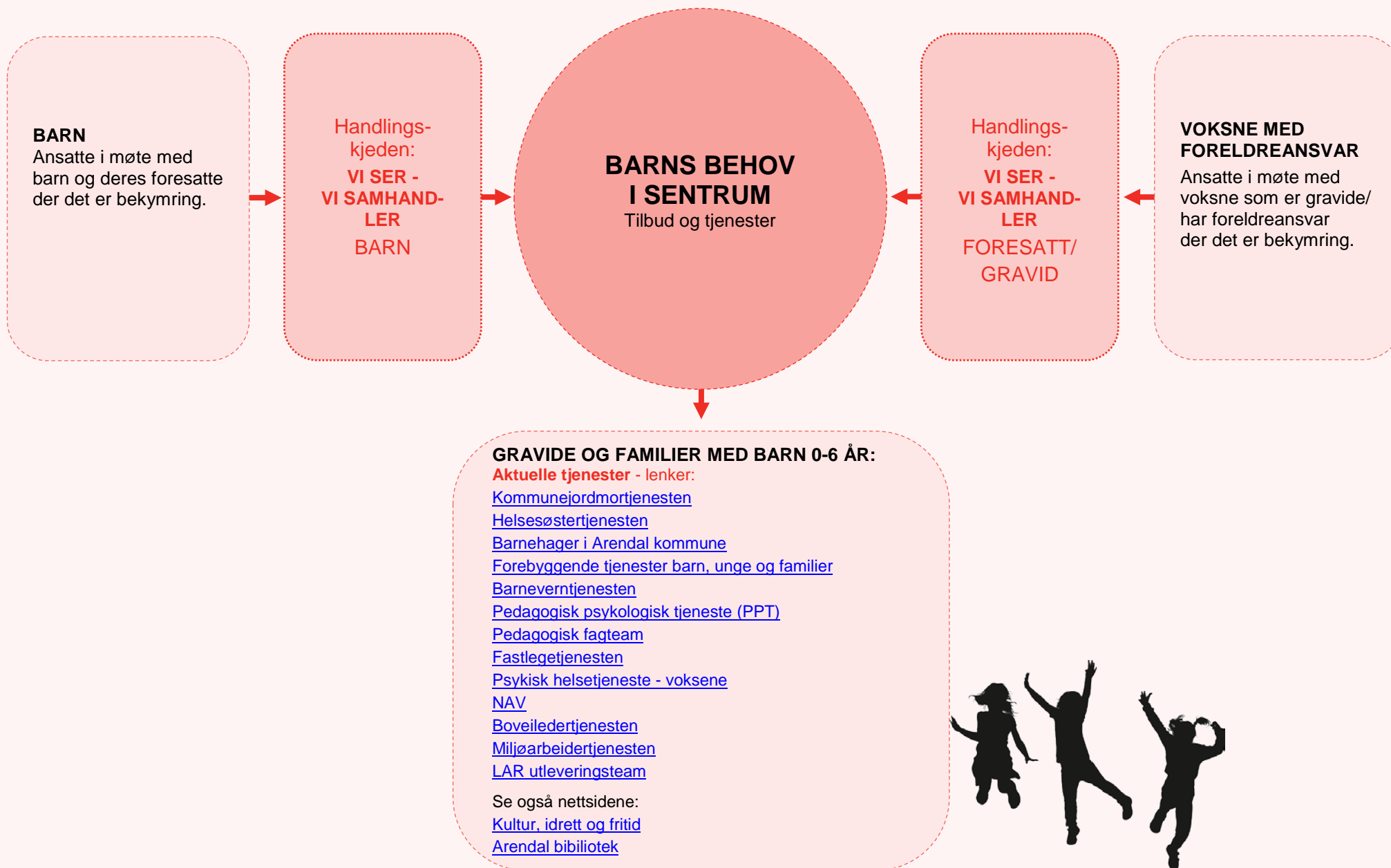
Det er fire nivåer i modellen. Hvert nivå har to alternativer.

Skjematisk fremstilt blir det slik:

<p><b>1A:</b> Hva kan en gjøre innen egen tjeneste ved bekymring for en gravid?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Snakke med den gravide om bekymring og kartlegge situasjonen.</b></li><li>- <b>Hva kan bruker selv bidra med og hva kan hvilke tjenester bidra med.</b></li><li>- <b>Lage enkle mål med klare tidsavgrensninger</b></li><li>- <b>Evaluerer, diskutere med en kollega.</b></li></ul> <p>Videre til 2A eller 1B&gt;</p>	<p><b>1B:</b> Samarbeid med den gravide evt. partner.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Oppfølging på hvordan det går.</b></li><li>- <b>Lage en tiltaksplan i samarbeid med dem, med klare tidsavgrensninger.</b></li><li>- <b>Evaluerer</b></li></ul> <p>Til 2A eller 2B&gt;</p>
<p><b>2A:</b> Den gravide har fått det bedre.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Holde kontakt med henne.</b></li></ul>	<p><b>2B:</b> Situasjonen viser ikke tegn til bedring.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Møte med den gravide og hennes partner.</b></li><li>- <b>Skriftlig dokumentasjon.</b></li><li>- <b>En eller flere oppfølgingssamtaler.</b></li><li>- <b>Evaluerer</b></li></ul> <p>Til 3A eller 3B&gt;</p>
<p><b>3A:</b> Samarbeidet fungerer og den gravide har fått det bedre.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Holde kontakt med de videre. Ikke slipp for fort!</b></li></ul>	<p><b>3B:</b> Samarbeidet har ikke ført til at den gravide og hennes partner har fått det bedre.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Tenke høyt sammen med paret om mulighetene for videre oppfølging.</b></li><li>- <b>Den gravide må skrive under samtykkeskjema.</b></li><li>- <b>Henvi til annen tjeneste.</b></li><li>- <b>Samarbeidsmøte</b></li><li>- <b>Henvi til Oppvekstteam m/forsamtale via koordinator.</b></li></ul> <p>Til 4A eller 4B&gt;</p>
<p><b>4A:</b> Den gravide samtykker i å søke hjelp fra andre tjeneste eller Oppvekstteam.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Holde kontakten med dem.</b></li><li>- <b>Møte i Oppvekstteam.</b></li></ul>	<p><b>4B:</b> Den gravide samtykker ikke i å søke hjelp fra andre tjenester.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Anerkjenner den gravides rett til å nekte å ta imot hjelp.</b></li><li>- <b>Samtidig må vi informere om konsekvensene dette kan få for barnet og dets utvikling.</b></li><li>- <b>Melder til barnevernet ved fødsel.</b></li></ul>
<p><b>AKTUELLE TELEFONNUMMER</b> <b>NAV:</b> tlf. 55553333 (ha den gravides personnummer klar) <b>Politi:</b> tlf. 02800 <b>Barnevern:</b> tlf. 37013000, Barnevernsvakten: tlf. 9587960 / 95879685 <b>Koordinator for Oppvekstteam:</b> Britt Hansen tlf. 488 82 208 <b>og Elisabeth Hopstock tlf. 97669225 / 37006870</b></p>	

## VI SER - VI SAMHANDLER

Veileder for ansatte der det er bekymring for gravide og familier med barn 0-6 år



## 5.2.2 Handlingskjeden - Barn 0-6 år

**Ved mistanke om vold eller seksuelle overgrep, informer din leder og vurder om saken skal meldes direkte til politi/barnevern uten å informere foresatte.**

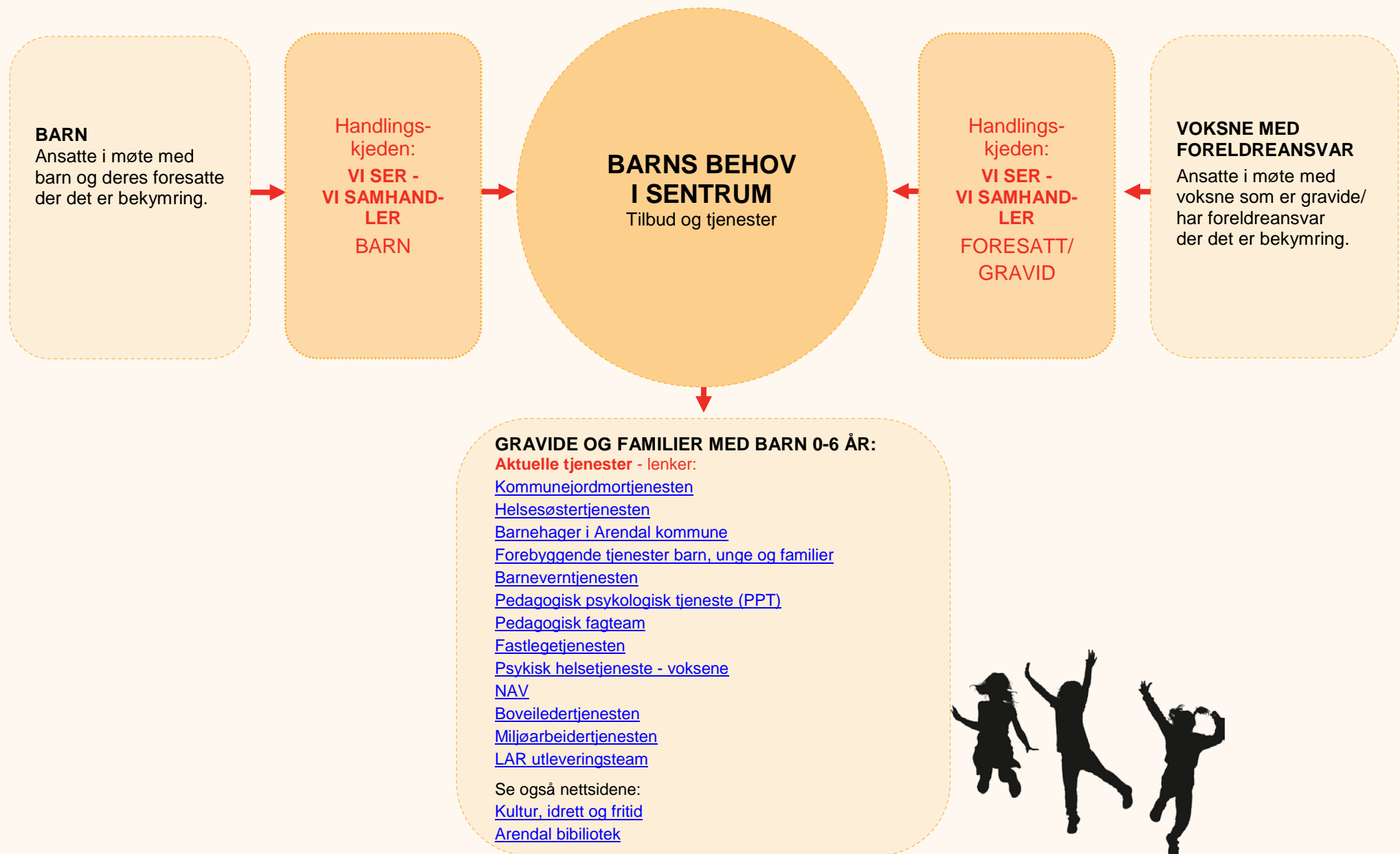
Det er fire nivåer i modellen. Hvert nivå har to alternativer.

Skjematisk fremstilt blir det slik:

<p><b>1A:</b> Hva kan vi gjøre innenfor egen tjeneste ved bekymring for et barn?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Snakke med barnet/foresatt, skape gode relasjoner.</b></li><li>- <b>Drøfte med en kollega.</b></li><li>- <b>Systematisk observasjon av barnet, lage enkle mål med klare tidsavgrensninger.</b></li><li>- <b>Evaluere</b></li></ul> <p>Videre til 2A eller 1B&gt;</p>	<p><b>1B:</b> Innlede samarbeid med foresatte.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Bruk kort tid fra bekymring til neste møte med foresatte.</b></li><li>- <b>Oppfølgingssamtale om hvordan det går.</b></li><li>- <b>Lage en tiltaksplan i samarbeid med foresatte med klare tidsavgrensninger.</b></li><li>- <b>Evaluere</b></li></ul> <p>Til 2A eller 2B&gt;</p>
<p><b>2A:</b> Barnet /familien har fått det bedre.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Holde kontakt med familien.</b></li></ul>	<p><b>2B:</b> Barnet viser ikke tegn til bedring</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Møte med foresatte, justere tiltaksplanen.</b></li><li>- <b>Skriftlig dokumentasjon.</b></li><li>- <b>Evaluere.</b></li></ul> <p>Til 3A eller 3B&gt;</p>
<p><b>3A:</b> Samarbeidet fungerer og barnet/familien har fått det bedre.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Holde kontakt med familien.</b></li></ul>	<p><b>3B:</b> Samarbeidet har ikke ført til at barnet/familien har fått det bedre.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Tenke høyt sammen med foresatte om mulig-hetene for videre oppfølging.</b></li><li>- <b>Henviing til annen tjeneste.</b></li><li>- <b>Henviing til Oppvekstteam med forsamtale via koordinator.</b></li></ul> <p>Til 4A eller 4B&gt;</p>
<p><b>4A:</b> Foresatte samtykker i å søke hjelp fra andre fagpersoner.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Holde kontakten med familien.</b></li><li>- <b>Møte i Oppvekstteam.</b></li></ul>	<p><b>4B:</b> Foresatte samtykker ikke i å søke hjelp fra andre fagpersoner.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Anerkjenner foresattes rett til å nekte og ta imot hjelp.</b></li><li>- <b>Samtidig må vi informere om konsekvensene dette kan få for barnet og dets utvikling.</b></li><li>- <b>Melde til barnevernet ved alvorlig bekymring.</b></li></ul>
<p><b>AKTUELLE TELEFONNUMMER</b> <b>Politi:</b> tlf. 02800 <b>Barnevern:</b> tlf. 37013000, <b>Barnevernsvakten</b> tlf. 95879600 / 95879685 <b>Koordinator for Oppvekstteam:</b> Britt Hansen tlf. 488 82 208 og Elisabeth Hopstock tlf. 97669225 / 37006870</p>	

## VI SER - VI SAMHANDLER

Veileder for ansatte der det er bekymring for gravide og familier med barn 0-6 år





## 5.2.3 Handlingskjeden - Foreldre/foresatte

Ved mistanke om vold eller seksuelle overgrep mot barn, informer din leder og vurder om saken skal meldes direkte til politi/barnevern uten å informere foreldrene.

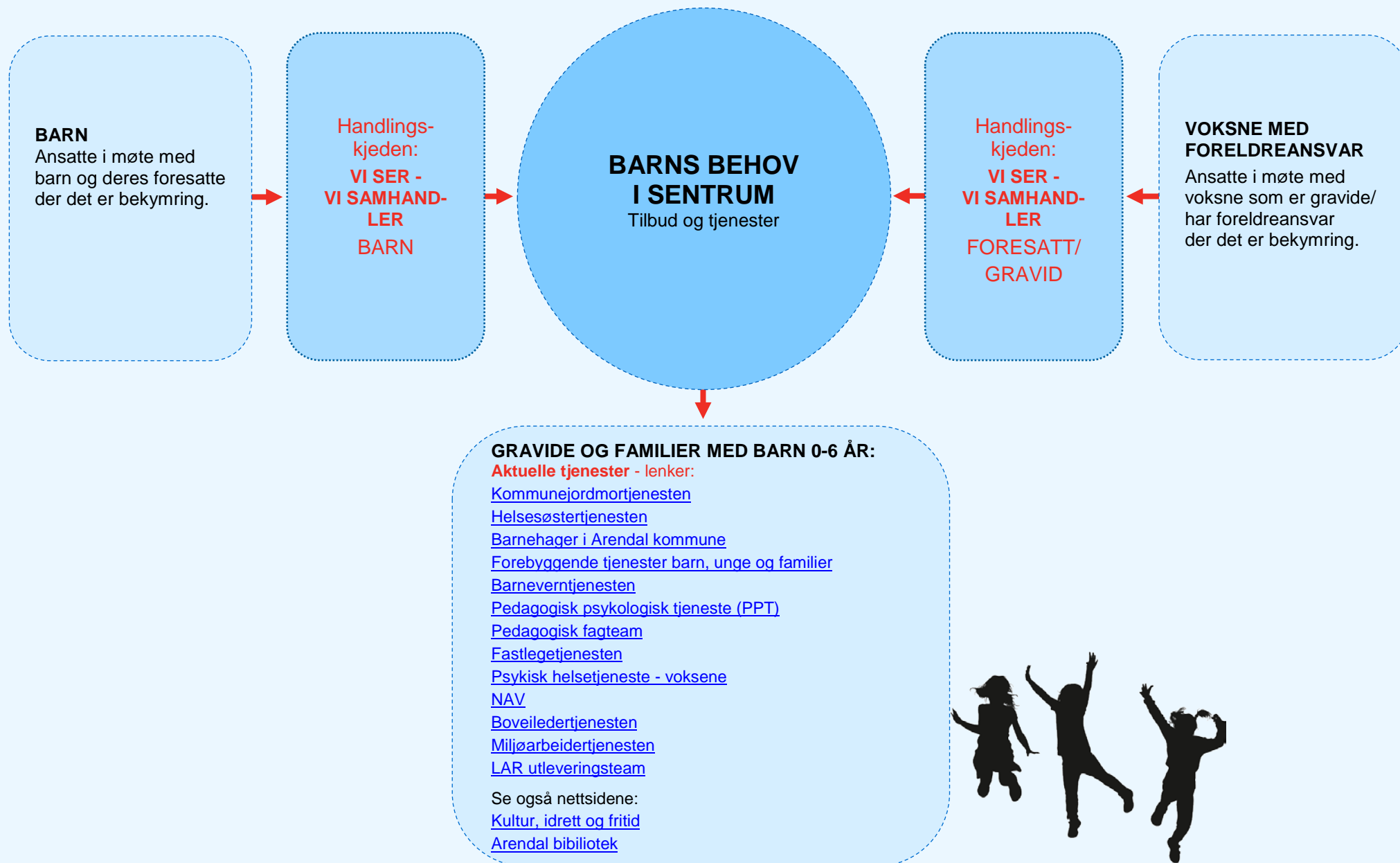
Det er fire nivåer i modellen. Hvert nivå har to alternativer.

Skjematisk fremstilt blir det slik:

<p><b>1A:</b> Hva kan vi gjøre innenfor egen tjeneste ved bekymring for et barn etter samtale med en foresatt?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Skape gode relasjoner.</b></li><li>- <b>Gi konkret uttrykk for din bekymring vedrørende foreldrefungering.</b></li><li>- <b>Vurdere situasjonen og lage enkle mål med klare tidsavgrensninger.</b></li><li>- <b>Evaluerer, evt. diskutere med kollega.</b></li></ul> <p>Videre til 2A eller 1B&gt;</p>	<p><b>1B:</b> Samarbeid videre med foresatte.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Bruk kort tid fra bekymring til neste møte med foresatte.</b></li><li>- <b>Oppfølgingssamtale om hvordan det går.</b></li><li>- <b>Lage en tiltaksplan i samarbeid med foresatte med klare tidsavgrensninger med tanke på å øke foreldrefungering.</b></li><li>- <b>Evaluerer</b></li></ul> <p>Til 2A eller 2B&gt;</p>
<p><b>2A:</b> Situasjonen har bedret seg for barnet/familien.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Holde kontakt med familien.</b></li></ul>	<p><b>2B:</b> Situasjonen viser ikke tegn til bedring.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Møte med foresatte, justere tiltaksplanen.</b></li><li>- <b>Skriftlig dokumentasjon.</b></li><li>- <b>En eller flere oppfølgingssamtaler .</b></li><li>- <b>Evaluerer</b></li></ul> <p>Til 3A eller 3B&gt;</p>
<p><b>3A:</b> Samarbeidet fungerer og barnet/familien har fått det bedre.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Holde kontakt med familien.</b></li></ul>	<p><b>3B:</b> Samarbeidet har ikke ført til at barnet/familien har fått det bedre.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Tenke høyt sammen med foresatte om mulig-hetene for videre oppfølging.</b></li><li>- <b>Henviing til annen tjeneste.</b></li><li>- <b>Henviing til Oppvekstteam m/forsamtale via koordinator.</b></li></ul> <p>Til 4A eller 4B&gt;</p>
<p><b>4A:</b> Foresatte samtykker i å søke hjelp fra andre fagpersoner.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Holde kontakten med familien.</b></li><li>- <b>Møte i Oppvekstteam.</b></li></ul>	<p><b>4B:</b> Foresatte samtykker ikke i å søke hjelp fra andre tjenester.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Anerkjennelse foresattes rett til å nekte og ta imot hjelp.</b></li><li>- <b>Samtidig må vi informere om konsekvensene dette kan få for barnet og dets utvikling.</b></li><li>- <b>Melde til barnevernet ved alvorlig bekymring.</b></li></ul>
<p><b>AKTUELLE TELEFONNUMMER</b> <b>Politi:</b> tlf. 02800 <b>Barnevern:</b> tlf. 370 13000, <b>Barnevernsvakten:</b> tlf. 95879600 / 95879685 <b>Koordinator for Oppvekstteam:</b> Britt Hansen tlf. 488 82 208 og Elisabeth Hopstock tlf. 97669225 / 37006870</p>	

## VI SER - VI SAMHANDLER

Veileder for ansatte der det er bekymring for gravide og familier med barn 0-6 år



## 5.3 Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0-6 år som vekker bekymring

### 5.3.1 Informasjon om Oppvekstteamet

Oppvekstteammøtet er et tverrfaglig møte for familier som ønsker hjelp fra kommunens ulike tjenester. Møter finner sted på Arendal Helsestasjon, ARENA-bygget 3. etasje.

#### Målgruppe:

Familier med barn 0-6 år, med sammensatte vansker eller gravide og småbarnsfamilier der det er psykiske helseplager, rus og/eller vold i familien eller andre familieutfordringer som påvirker barnets oppvekstvilkår..

#### Oppvekstteamkoordinatorer er:

Britt Hansen - tlf. 488 82 208

[Britt.M.Hansen@arendal.kommune.no](mailto:Britt.M.Hansen@arendal.kommune.no)

Vara: Elisabeth Hopstock - tlf. 976 69 225

[Elisabeth.Hopstock@arendal.kommune.no](mailto:Elisabeth.Hopstock@arendal.kommune.no)

Adresse: Arendal Helsestasjon, Vesterveien 4, 4836 Arendal.

#### Oppvekstteamet kan bestå av:

- Den gravide evt. med partner
- Barnets foreldre/foresatte
- Familiens helsesøster og eller jordmor
- Hvis barnet går i barnehage – en representant fra barnehagen
- Pedagogisk fagteam
- Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)
- Barneverntjenesten
- Forebyggende tjenester for barn, unge og familier
- Psykisk helsetjeneste - voksne
- NAV
- Miljøarbeidertjeneste

Innkalles ved behov: Fastlege, ABUP (avdeling barne- og ungdomspsykiatri), HABU (habiliteringsteam for barn og unge, ARA (avdeling rus- og avhengighetsbehandling) evt. andre.

Har familien hatt kontakt med tjenestene tidligere, innkalles den som kjenner familien istedenfor fast representant.

#### Oppvekstteamet jobber etter følgende plan:

- Formøte
- Oppvekstteammøte
- Oppfølgingsmøte
- En tjeneste defineres som ansvarlig for oppfølging frem til skolestart samt evaluering tre måneder etter Oppfølgingsmøte.

**Ansvarsgruppe** kan bli aktuelt som videreføring av det tverrfaglige samarbeidet.

**Individuell plan** kan utarbeides dersom familien har behov for langvarig oppfølging fra mer enn en tjeneste.

#### Hvem kan kontakte oss:

Gravide/foreldre/foresatte, Jordmødre, Helsesøstre, Barnehager, Pedagogisk fagteam, Pedagogisk-

psykologisk tjeneste, Barnevern, Forebyggende tjenester for barn, unge og familier, Psykisk helsetjeneste – voksne, Miljøarbeidertjenesten, Fastleger, NAV og andre kan kontakte oppvekstteam-koordinator for avtale om samtale. Det er viktig at foreldrene er med helt fra starten av.

Henvisningen sendes til koordinator for Oppvekstteam som vil gjøre en avtale med foreldre/foresatte om en forsamtale.

**Det vises til:**

- Kapittel 6.5 Henvisningsskjema til oppvekstteam.

### 5.3.2 Rammer for forsamtalen

Koordinator innkaller den gravide eller foreldre/foresatte til 1 – 2 samtaler for avklaring før eventuelt oppvekstteammøte. Koordinator leder samtalen og jordmor/barnets helsesøster skriver notat i journal på helsestasjonen. Den gravide/barnets foreldre/foresatte avgjør om den som melder til Oppvekstteam er med på samtalen. Det kan evt. være en ny samtale hvor melder er med. Målet er å trygge foreldrene og avklare veien videre.

I samtalene vurderes foreldrenes/foresattes videre behov. Koordinator kan henvise direkte til en instans, eller hvor det er en sammensatt sak, innkalle oppvekstteamet. Sammen med foreldrene kommer en fram til hvem som skal møte fra oppvekstteamet.

Dersom barnevernet følger familien må videre gang i saken avklares. Hvis det blir et møte i Oppvekstteamet må barnevernet avklare med foreldrene i forkant av møtet hvilke opplysninger som skal gis.

- Velkommen
- Presentasjonsrunde
- Informasjon om at referat fra møtet dokumenteres i barnets/den gravides journal på helsestasjonen
- Avklare forventninger til møtet
- De foresatte inviteres til å fortelle om hvem barnet og familien er og hva som er barnets sterke sider / den gravide om seg selv og sin situasjon
- Modell for samtalen, utledet av kartleggingsverktøyet Firtotningen, benyttes.
- Grunnen til ønsket om Oppvekstteam blir klargjort, hvor ligger bekymringen, hva er gjort av tiltak, hva har fungert/ikke fungert, hva ønskes det hjelp til.
- Informasjon om Oppvekstteam gis til de foresatte/den gravide og det avklares om dette er et aktuelt tiltak og hvem som skal inviteres med
- Samtykkeerklæring fylles ut
- Dato for Oppvekstteam settes
- Koordinator innkaller til Oppvekstteam

### 5.3.3 Rammer for møte i Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0-6 år

Koordinator er møteleder. Notat i barnets/den gravides journal på helsestasjonen skrives av barnets helsesøster/den gravides jordmor. Har familien hatt kontakt med tjenestene tidligere, innkalles den som kjenner familien istedenfor fast representant.

- Velkommen
- Presentasjonsrunde
- Informasjon: møterefateret dokumenteres i den gravide eller barnets journal og sendes ikke til møtedeltakerne. De ulike tjenestene må evt. gjøre egne notater, men de kan få samtykke til å få tilsendt referat.
- Den gravide/foresatte og evt. tjenesten som har meldt saken, sier noe om forventninger til møtet

- Koordinator leser referat fra forsamlingen
- Den gravide/foresatte inviteres til å komme med utfyllende, evt. korrigerende, opplysninger til referatet.
- Innspill/refleksjon fra tjenestene i møtet. Her kan det komme frem tilbud/tiltak fra tjenestene som den gravide/foresatte kan vurdere og evt. takke ja til.
- Oppsummering:
  - Hva har vi snakket om
  - Er det andre tema/forhold som du/dere ønsket skulle bli belyst
  - Tiltaksplan for videre oppfølging, ansvarsfordeling
  - Dato for oppfølgingsmøte
  - Tilbakemelding fra den gravide/foresatte og evt. tjenesten som har meldt saken om forventninger er innfridd og opplevelse/nytteverdi av møtet.
  - Koordinator har ansvar for å minne på oppfølgingsmøtet

#### **5.3.4 Rammer for oppfølgingsmøte etter Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0-6 år**

Koordinator er møteleder. Notat i barnets/den gravides journal på helsestasjonen skrives av barnets helsesøster/den gravides jordmor.

Har familien hatt kontakt med tjenestene tidligere, innkalles den som kjenner familien istedenfor fast representant.

Det sendes ikke ut referat, men kopi av notat i barnets/den gravides journal kan sendes ved samtykke fra foresatte/ den gravide.

- Velkommen
- Referatet fra møte i Oppvekstteam leses opp av Koordinator
- Forventninger til møtet
- Den gravide/foresatte inviteres til å si noe om situasjonen pr. i dag.
- Refleksjon/inns spill fra tjenestene, vurdering/evaluering av planen som ble lagt
- Oppsummering, evt. tiltak/tilbud videre, ansvarsfordeling
- En tjeneste defineres som ansvarlig for oppfølging frem til skolestart samt evaluering tre måneder etter Oppfølgingsmøte.
- Tilbakemelding fra den gravide/foresatte vedrørende forventninger til møtet og møtets nytteverdi.

## 6. PRESENTASJON AV TJENESTER - AKTUELLE TILTAK SOM INNGÅR I MODELLEN

### 6.1 Kommunejordmortjenesten

**Kommunens nettside:**

[Kommunejordmortjenesten - kontaktinformasjon](#)

**Hovedfokus: Alle gravide kvinner og deres familie i Arendal kommune**

#### Tiltak og tilbud

- Svangerskapsomsorg/kontroll til alle gravide (ca. 500) i Arendal kommune. Jordmor samarbeider med fastlegene om kontroll av gravide.
  - Jordmor setter av 1 time til første konsultasjon for kartlegging av fysiologiske, psykiske og sosiale behov og tiltak.
  - Det kalles også inn til en livstilsamtale hvor fokus bla er rus, røyk, snus, alkohol og vold.
  - Videre i svangerskapet settes det av ½ times konsultasjon. Vi følger de nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorg utarbeidet av Helsedirektoratet.
  - EPDS gjøres på gravide ved behov, for å fange opp risiko gravide mht. barseldepresjon.
  - Forberedelse på fødsel, ammeveiledning, foreldrerollen med mer.
  - Fokus på barn som pårørende
- Holde fødselsforberedende kurs for gravide og deres partner.
- Hjemmebesøk etter fødsel, eventuelt samtale etter fødsel på helsestasjonen til barselkvinner som har behov, eller ønsker dette.

#### Samarbeidende tjenester

- Forebyggende tjenester for barn, unge og familier, Helsesøstertjenesten, Fastlegene, Private gynekologer, Krisesenteret, NAV, Barnevernet, Familiekontoret, Fysioterapeutene, Psykisk helsetjeneste - voksne, Kiropraktorene, Støttesenter mot seksuelle overgrep, Alternativ til vold mmed mer.
- 2.linjetjeneste; Fødepoliklinikken, Fødeavdelingen.

ABUP, DPS, psykiatrisk poliklinikk.



## 6.2 Helsesøstertjenesten

### Kommunens nettside:

[Helsestasjon – kontaktinformasjon](#)

### Visjon: Vi jobber for fremtiden

#### Hovedmål:

- Vi skal gi tidlig hjelp til barn, unge og deres familier med fokus på mestring
- Vi skal ha tjenester som er lett tilgjengelige for brukerne
- Vi skal ha et faglig miljø med høyt kvalifisert personale
- Vi skal bidra med vår fagkompetanse i tverrfaglig samarbeid

#### Tiltak og tilbud

- Hjemmebesøk til alle etter fødsel
- Helsestasjonstjeneste, familier 0-5 år
- Åpen helsestasjon – ”drop in”
- Unge mødre grupper
- Deltar sammen med andre tjenester i kursvirksomhet
- Koordinering av tverrfaglig arbeid i Oppvekstteam
- Jevnlig samarbeid med barnehagene

#### Andre sentrale oppgaver:

- Koordinere og utarbeide individuell plan
- Veiledning og undervisning
- Fokus på barn som pårørende

#### Samarbeidende tjenester

- Forebyggende tjenester barn, unge og familier
- Barnehager og skoler
- Fysioterapitjenesten for barn
- Pedagogisk fagteam
- PPT – Pedagogisk psykologisk tjeneste
- Barnevern
- Psykisk helsetjeneste - voksne
- Fastleger
- NAV
- Boveiledertjeneste
- Miljøarbeidertjenesten
- Familiekontoret
- Sørlandets sykehus (inkl. DPS, HABU og ABUP)
- ATV – alternativ til vold
- Krisesenteret



## 6.3 Barnehager i Arendal kommune

### Kommunens nettside:

[Barnehager – kontaktinformasjon](#)

**Hovedfokus:** Et pedagogisk tilrettelagt tilbud for barn i alderen 0- 6 år.

**Visjonen er:** BLIKK FOR DEN ENKELTE OG ROM FOR ALLE

### Tiltak og tilbud

En barnehage er en godkjent pedagogisk tilrettelagt virksomhet for barn i alderen 0- 6 år. Virksomheten skal ledes av en utdannet barnehagelærer.. Alle barnehager må følge lov om barnehager samt rammeplanen.

Barnehagens samfunnsmandat er å tilby barn under opplæringspliktig alder et omsorgs- og læringsmiljø som er til barns beste.

I Arendal kommune er det ca 66 barnehager. Noen av barnehagene driftes av kommunen og andre driftes av private. Barnehagene varierer i størrelse og innhold.

Det er både ordinære barnehager og familiebarnehager

### Samarbeidende tjenester

Helsestasjon, Forebyggende tjenester barn, unge og familier, Pedagogisk fagteam, Pedagogisk psykologisk tjeneste, Barnevern, Fysioterapitjenesten og skolen i oppvekstområdet.

### Andre opplysninger

Barnehagene har et hovdeopptak i året. Opptaket er 1. mars for tildeling av plass fra august det året det søkes i.

Er det ledige barnehageplasser gjennom året, kan barnet få tildelt plass utenom hovedopptaket.

Oversikt over alle barnehagen finnes på Arendal kommunes nettside. Barnehagene er delt opp i Oppveksområder.





## 6.4 Forebyggende tjenester for barn, unge og familier

### Kommunens nettside:

[Forebyggende tjenester for barn, unge og familier - kontaktinformasjon](#)

**Hovedfokus:** Avdeling for forebyggende tjenester gir hjelp og veiledning til barn, ungdom og deres familie som har utfordringer på ulike områder i livet.

Tjenesten består av tidligere Barne- og Familieteam, Oppvekstmedarbeidere og Ungdomsteam. Du kan møte sosionom, helsesøster, vernepleier, psykiatrisk sykepleier, pedagog, familieterapeut, barnevernpedagog.

### Tiltak og tilbud

Tilbud til barn og unge (0-23 år), deres familie og gravide.

Du trenger ikke henvisning fra lege eller andre. Det er bare å ta direkte kontakt med oss. Vi ønsker å være lett tilgjengelig og vi er et frivillig tilbud.

Vi ønsker å gi tidlig hjelp og vi arbeider ut fra tanken om at det er bra å snakke med noen om det som er vanskelig. Mange ganger skal det ikke så mye til. Tjenesten omfatter blant annet psykososialt arbeid, psykisk helsehjelp og rusforebygging.

### Individuell oppfølging av barn, unge og deres familier

- Samtaler - kartleggingssamtaler, bevisstgjøringssamtaler  
Familiesamtaler  
Trening i sosial kompetanse, [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)  
Foreldreveiledning  
Fokus på barn som pårørende
- ICDP - International Child Development Program (ICDP)  
Gruppettode, 8 temaer for godt samspill, [www.bufetat.no/foreldrerettledning](http://www.bufetat.no/foreldrerettledning)

### Grupper med ulik tematikk

Vi starter gruppene når vi har nok deltagere. Send oss et brev, en e-post eller ta en telefon dersom du ønsker å være med.

- **Utsikten** - en gruppe, i samarbeid med psykisk helsetjeneste – voksne, for barn og foreldre der foreldrene er psykisk syke eller bruker rusmidler.
- **Pis** - program for skilsmissegrupper (PIS) er et gruppetilbud for barn i barnehage og skole.  
[www.vfb.no](http://www.vfb.no)
- **Fortsatt foreldre** - et tilbud for foreldre etter samlivsbrudd

### Samarbeidende tjenester

Vi viser vei til og samarbeider med andre tjenester, eks. Oppvekstteam, Helsestasjon, Barnevernet, Pedagogisk psykologisk tjeneste, Pedagogisk fagteam, Psykisk helsetjeneste – voksne, Miljøarbeider-tjenesten, NAV og spesialisthelsetjenesten.

Vi tilbyr også råd og veiledning til ansatte i barnehage. Anonyme drøftinger.



## 6.5 Barneverntjenesten

### Kommunens nettside:

[Barneverntjenesten - kontaktinformasjon](#)

### Visjon: En tjeneste i endring - til barnets beste.

### Hovedmål for barneverntjenesten:

- Å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid.
- Å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

### Oppgaver

Barneverntjenesten arbeider etter lov om barnevern med tilhørende lovkrav. Oppgavene i barneverntjenesten er å:

- Undersøke saker hvor det er bekymring for at barn blir utsatt for omsorgssvikt eller overgrep og har behov for hjelp.
- Gi råd og veiledning til barn og familier.
- Treffe vedtak etter lov om barnevern om ulike forebyggende tiltak og hastevedtak der dette er nødvendig.
- Eventuelt forberede saker til fylkesnemnd, iverksette og følge opp vedtak. Alle former for tvangsvedtak må behandles i fylkesnemnda.

Det er viktig å presisere at den største delen av barneverntjenestens arbeid består i frivillige hjelpe-tiltak, for å bedre situasjonen for barnet og familien.

### Tiltak og tilbud

Barneverntjenesten arbeider først og fremst med endringstiltak for barn og familier. Dette kan være endringstiltak i hjemmet, så som råd, veiledning og oppfølging hjemme, PMTO og MST. Videre kan det gis hjelp til barnehage tilbud og i tillegg noen kompenserende tiltak, så som besøkshjem og støttekontakt. For noen barn er det også nødvendig å overta omsorgen for barnet etter vedtak i fylkesnemnda, og barneverntjenesten følger da opp både barn, forsterhjem og biologisk familie.

### Samarbeidende tjenester

Barneverntjenesten samarbeider med: Barnehager, Helsestasjonen, Forebyggende tjenester for barn, unge og familier, ABUP/ sped- og småbarnsteamet og PPT. For de voksne samarbeider vi med vaksentjenestene, avhengig av hvilke problemer de har.

### Serviceerklæring

#### Vi bestreber oss på:

- å gi best mulig service innenfor de ressurser som er til rådighet.
- å levere arbeid av høy faglig kvalitet.
- å gi rett hjelp til rett tid.
- å møte deg med vennlighet, høflighet og respekt.
- Å ha fokus på barn som pårørende

#### Hva barneverntjenesten forventer:

- at offentlige instanser som henvender seg først har tatt opp saken med den/de det gjelder, med mindre det dreier seg om vold og overgrep,
- Det er viktig å påpeke at det også er anledning til å ta kontakt på forhånd, for å drøfte en bekymrings sak anonymt.



## 6.6 Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)

### Kommunens nettside:

[PPT - kontaktinformasjon](#)

**Hovedfokus:** PPT er kommunens sakkyndig instans i forhold til utvikling, læring og trivsel for barn i førskolealder og elever i grunnskolen med behov for spesialpedagogisk hjelp eller spesialundervisning. PPT sitt ansvar er hjemlet i barnehageloven og opplæringsloven. PPT skal være en faglig ressurs for barn, unge og voksne med spesielle behov. Tjenesten skal bidra til at barn og unge med spesielle behov får den nødvendige hjelpen og tilretteleggingen i førskolealder og i skolen.

PPT har i tillegg et ansvar for å tilby barnehager og skoler kompetanseheving og bistå dem med organisasjonsutvikling slik at de best mulig kan ivareta barn med ulike hjelpebehov.

### Tiltak og tilbud

- tilbyr kurs og gir råd og veiledning til barnehager, skoler og foresatte.
- samarbeider med barnehager, skoler og andre hjelpeinstanser for å bidra til at barn og unge får et tilfredsstillende utbytte av opplæringen i tråd med kravene i barnehageloven og opplæringsloven.
- utreder lærevansker og vurderer behov for spesiell tilrettelegging

PPT er også sakkyndig på en rekke andre områder, for eksempel når det gjelder utsatt/fremskutt skolestart og fritak fra opplæringsplikten. PPT kan også bistå i saker hvor det er nødvendig med bistand fra det statlige spesialpedagogiske støtteapparatet.

### Samarbeidende tjenester

Barnehager, skoler, Pedagogisk fagteam, Forebyggende tjenester barn, unge og familier, Barnevernstjenesten, Helsesøstertjenesten, Skolehelsetjenesten, ABUP, HABU, Statped, andre aktuelle instanser ved behov.



## 6.7 Pedagogisk fagteam

### Kommunens nettside:

[Pedagogisk fagteam - kontaktinformasjon](#)

### Enhet for Spesialpedagogiske tjenester avd. Pedagogisk fagteam

Vi har bred faglig kompetanse i Pedagogisk fagteam. Teamet består av spesialpedagoger, språkpedagog, barnehagelærere med veilederkompetanse, barnehagelærer og barnehageassistenter

Pedagogisk fagteam har arbeidsgiveransvaret for alle spesialpedagogene knyttet til barn med særskilte utviklings- og læringsbehov.

Avdelingen skal bistå med å vurdere henvisning til PPT for sakkyndig vurdering.

**Hovedfokus:** Være en viktig premissleverandør for bedre levekår i Arendal kommune. Vi er en veiledende og utøvende instans i forhold til utvikling, læring og trivsel for barn i førskolealder med særskilte utviklings- og læringsbehov. Vårt mandat i forhold til å fatte og effektivere enkeltvedtak om spesialpedagogisk hjelp er hjemlet i Barnehageloven § 19.

Vi skal være en faglig ressurs for barnehager og bidra til at barn med behov for særskilt hjelp og støtte får den nødvendige oppfølgingen så tidlig som mulig.

### Tiltak og tilbud

- Observasjon og veiledning i barnehagen
- Foreldreveiledning
- Styrking av barnehagenes kompetanse gjennom veiledning, kurs og seminarer
- Samarbeide med barnehager og andre hjelpeinstanser for å bidra til at barn får den hjelpen de trenger for en god utvikling så tidlig som mulig
- Fatte enkeltvedtak om spesialpedagogisk hjelp
- Effektivere enkeltvedtak om spesialpedagogisk hjelp
- Tilrettelegge for minoritetsspråklige barn

Barnehagen søker Pedagogisk fagteam i samarbeid med foreldre. Du finner skjema under fanen Barnehagen på kommunens innbyggjerside.

### Samarbeidende tjenester

- Barnehager
- Skoler
- Pedagogisk psykologisk tjeneste
- Forebyggende tjenester barn, unge og familier
- Barnevernstjenesten
- Helsestøttetjenesten
- Avdeling for barn- og ungdomspsykiatri ABUP
- Rehabiliteringstjenesten for barn og ungdom HABU
- Statlige pedagogiske støttetjenester
- Barnehagekontoret
- Andre aktuelle instanser ved behov



## 6.8 Fastlegetjenesten

### Kommunens nettside:

[Fastleger - kontaktinformasjon](#)

**Hovedfokus:** Fastlegeordningen gir alle innbyggere i Norge rett til å ha en allmennpraktiserende lege som sin faste lege. Fastlegen har plikt til å prioritere innbyggere på egen liste.

### Tiltak og tilbud innen allmennmedisin:

- medisinsk spesialitet som omfatter den generelle, forebyggende og behandlende medisin i kommunehelsetjenesten (primærhelsetjenesten).
- åpen tilgang for kontakt, uansett helseproblem.
- sikrer koordinering av tiltak for effektiv bruk av ressurser.
- er orientert mot personen selv, familien og lokalsamfunnet.
- benytter en pasient-sentrert konsultasjonsprosess og oppfølging over tid
- diagnostiske prosess som er bestemt av kjennskap til forekomst av sykdom og risiko i befolkningen.
- tar seg av alle typer helseproblemer, både akutte og kroniske.
- diagnoser og utredning tar utgangspunkt i at sykdommer og tilstander ofte sees i en tidlig og udifferensiert fase, samtidig som alvorlig sykdom må oppdages raskt.
- handler om behandling og forebygging.
- behandler mennesket i et helhetsperspektiv.
- har et særskilt ansvar for helsetilstanden i lokalsamfunnet.

### Samarbeidende tjenester

Sykehus og privatpraktiserende spesialisthelsetjenester, NAV, bedrifter. I kommunen samarbeides det med aktører innen Barnehager, Skoler, Barnevernstjenesten, Helsesøstertjenesten, Skolehelsetjenesten, Forebyggende tjenester barn, unge og familier, Psykiske helsetjenester – voksne og andre aktuelle instanser ved behov.



## 6.9 Psykisk helsetjeneste - voksne

### Kommunens nettside:

[Psykisk helsetjeneste - voksne - kontaktinformasjon](#)

**Hovedfokus:** Helse- og oppfølgingstilbud til voksne personer med psykiske lidelser. Fokus er også barn som pårørende.

### Tiltak og tilbud

- Kartlegging av behov, mestringsevne og ressurser hos bruker. Brukermedvirkning er sentralt. I kartleggingsprosessen er det også fokus på barn i familien samt nettverk. Det er samarbeid med Forebyggende enhet barn, unge og familier når bruker har foreldreansvar.

### Behandling

- Individuell behandling/samtaler. Når bruker har foreldreansvar, er barn som pårørende tema.
- Samtalegrupper (bl.a. med fokus på foreldrerollen og barn som pårørende)
- Kurs (Kurs i mestring av depresjon og Kurs i mestring av belastninger)
- Fokus i behandlingen er refleksjon, endring og mestring, men også stabilisering og støtte. Samtaler i Psykisk helsetjeneste - voksne i kommunen skal primært rette seg mot "her og nå"- situasjonen for pasienten. Gjennom sin kunnskap om psykiske lidelser vil en også observere eventuelle symptomer, sykdomsforløp og samarbeide med brukeren for å forebygge forverring/tilbakefall av sykdom. Det gjennomføres jevnlig evaluering av oppfølgingen gjennom FIT, samt revurdering av tjenesten.

### Andre sentrale oppgaver

- Samtalegruppe for barn og foreldre i samarbeid med Forebyggende enhet barn, unge og familier der målgruppen er psykiske helseplager, rus og/eller vold i familien.
- Oppvekstteam for gravide og barn 0-6 år som vekker bekymring
- Koordinere og utarbeide individuell plan
- Journalføring jf. lovverk
- Medisinadministrering jf. lovverk
- Veiledning og undervisning (pasienter og pårørende, interne samarbeidsparter, studenter)  
I samarbeid med Forebyggende enhet barn, unge og familier: Kan delta i deres samtaler med foreldre/familier inntil tre ganger/kan delta i deres samtalegruppe med foreldre/familier inntil fem ganger uten at den voksne har vedtak om Psykisk helsetjeneste – voksne

### Psykisk helsetjeneste - voksne er representert med deltagere i:

- Psykososialt kriseteam (to faste medlemmer)
- Frisklivssentralen
- Ressursteam voksenopplæring
- Folkehelsenettverket
- Styret i Torbjørnsbu Verksted
- Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0-6 år som vekker bekymring
- Tverrfaglig team innen Psykisk helsetjeneste - voksne

### Samarbeidende tjenester

- Fastleger, NAV, Sørlandets Sykehus HF
- Andre kommunale tjenester: Forebyggende tjenester barn, voksne og familier, Jordmortjenesten, Helsesøstertjenesten, Barnevernstjenesten, Hjemmesykepleie, Boveiledertjeneste, Miljøarbeider-tjenesten og andre.
- Ulike lavterskeltilbud.



## 6.10 NAV

NAV består av statlige tjenester (se [www.nav.no](http://www.nav.no)) og kommunale tjenester (se under).

### Hovedfokus – kommunale tjenester

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltninga regulerer de kommunale, sosiale tjenestene som obligatorisk er del av NAV-kontoret. Dette gjelder i hovedsak tjenester av økonomisk og arbeidsrettet karakter - herunder bistand til barnefamilier.

### Forbedre vanskelige levekår

Formålet med loven er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet.

Loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Spesielt for NAV Arendal – generelt forebyggende og helsefremmende arbeid overfor rusmiddelavhengige (jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester);

- Opplysning råd og veiledning overfor rusmiddelavhengige – herunder henvisning til spesialisthelsetjenesten.
- Vurdere å reise tvangssak overfor rusmiddelavhengig - hindre skade på det ufødte barn: NAV i Arendal har ansvar for å vurdere å reise tvangssak til Fylkesnemnda overfor rusavhengige – herunder gravide – jf. Helse og omsorgstjenesteloven kap 10. Det er Fylkesnemnda for sosiale saker som treffer vedtak.

### Tiltak og tilbud

Kommunale tjenester ytes til voksne personer – herunder personer med omsorg for barn.

#### Følgende sosiale tjenester er obligatorisk del av NAV-kontoret:

- Opplysning, råd og rettledning, til dette hører økonomisk rådgiving
- Økonomisk stønad til familier
- Midlertidig botilbud til de som ikke klarer å skaffe det selv
- Individuell plan
- Kvalifiseringsprogram med tilhørende stønad
- Flyktningetjeneste herunder Intro-programmet.

I arbeidet med å yte tjenester skal sosialtjenesten i NAV være oppmerksom på barns situasjon og NAV har i spesielle tilfeller opplysningsplikt til barneverntjenesten;

”Personell som arbeider innenfor rammen av denne loven skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernstjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt skal personellet av eget tiltak gi opplysninger til barnevernstjenesten, når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester §§ 4-10 til 4-12, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige adferdsvansker, jf. samme lov § 4-24. Organene som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, kan også pålegge personellet å gi slike opplysninger.”

### NAV Arendal - Vurdere tvang overfor gravid rusmiddelavhengig

NAV i Arendal har ansvar for å vurdere å reise tvangssak overfor rusavhengige – herunder gravide. Dette følger av Helse og omsorgstjenesteloven kap 10:

#### §10-1

”Kommunene skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter § 10-2 eller § 10-3. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette.

En persons pårørende etter første ledd er den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.”



### §10-3

"Det kan vedtas at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet.

Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen treffer avgjørelse om det innen denne fristen.

Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort."

#### Pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b:

"Pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekte-skapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området."

*- Vilkåret om varig og løpende kontakt skal hindre at melding fra pårørende som mangler tilstrekkelig kjennskap til personen med rusmiddelproblemer, skal utløse utredningsplikt for kommunen. På bakgrunn av kommunenes generelle ansvar for å vurdere tiltak for rusmisbrukere, kan og bør den etter omstendighetene vurdere om vilkårene for tvangssak er oppfylt også ved melding fra andre enn dem som fyller vilkårene for å bli regnet som pårørende. (OT-prop nr 29 1990-1991)*

#### Eksempler på hjelpetiltak

- Urinprøvetaking hos lege / jordmor
- Frivillig rusbehandling (poliklinisk eller innleggelse)
- Annen oppfølging fra hjelpeapparatet og som hindrer bruk av rusmidler.

#### Samarbeidende tjenester

NAV samarbeider med svært mange instanser både på individuelt nivå og på organisasjonsnivå.

Når det gjelder det ufødte barn og barn 0-5 år er de mest aktuelle samarbeidsinstanser; Helse-stasjonen, SSHF- Avd for rus- og avhengighet (ARA), SSHF- Fødepoliklinikken og Barnevernet.

#### Kontaktinformasjon:

Se [www.nav.no](http://www.nav.no)

#### Kontaktperson gravid rusavhengig:

Ruskonsulent: Vakttelefon 90419221.

Ta kontakt med NAV Arendal tlf. 55 55 33 33 (hold den gravides personnummer klar og be om å bli tilbakeringt – oppgi hvem du er/ hvor du ringer fra, og hvilket tlf.nr du vil bli tilbakeringt på, men ikke oppgi at saken gjelder gravid/rus).



## 6.11 Boveiledertjenesten

**Kommunens nettside:**

[Botilbud psykisk helse - kontaktinformasjon](#)

**Hovedfokus: Voksne personer med alvorlig psykisk/ rus- lidelse, med svært dårlig boevne og ADL-fungering som trenger et langvarig tilbud. Fokus er også barn som pårørende.**

**Kommunen har personalbaser på Saltrød, Eydehavn, Bjorbekk og Nedenes. Herfra gis det tilbud til personer i kommunale leiligheter samt hjemmeboende.**

### Tiltak og tilbud

Målet er å øke brukerens livskvalitet, øke selvfølelse, selvrespekt, egen mestring og å ilvareta brukerens rettigheter.

- Kartlegging/ evaluering av behov og ressurser
- Beskyttelse, støtte og struktur
- Oppfølging og bistand
- Samtaler
- Tilrettelegging for sosial deltagelse og aktivitet

Vi legger vekt på at det er en individuell kartlegging/vurdering i forhold til den *enkeltes* behov og ønsker, og at tiltak og målsetninger utarbeides i samarbeid med den enkelte bruker.

### Samarbeidende tjenester

- Fastleger
- Andre kommunale tjenester: Hjemmesykepleien, Boveiledertjenesten, Miljøarbeidertjenesten, Psykisk helsetjeneste – voksne, Forebyggende tjenester barn, unge og familier, Helsesøster-tjenesten, Barnevernstjenesten
- NAV
- Sørlandets sykehus Helseforetak; Psykiatriske avdelinger og Psykoseteam
- Torbjørnsbu verksted
- Andre boliger



## 6.12 Miljøarbeidertjenesten

Kommunens nettside:

[Miljøarbeidertjenesten - kontaktinformasjon](#)

**Hovedfokus: Voksne personer i Arendal kommune med rusmiddelmissbruk og dobbelt-diagnoseproblematikk. Fokus er også barn som pårørende.**

### Tiltak og tilbud

**Hovedmål: Øke brukerens livskvalitet. Øke selvfølelse, selvrespekt og egen mestring.**

- Kartlegging av behov og ressurser
- Oppfølging og bistand
- Samtaler

### Samarbeidende tjenester

- Nav
- Kommunale bo tilbud
- Eiendom
- LAR
- ARA
- T5
- Blå Kors
- Psykisk helsetjeneste – voksne
- Forebyggende tjenester barn, unge og familier
- Barnevernstjenesten
- Jordmortjenesten
- Helsesøstertjenesten
- Fastlege
- Feltsykepleien
- Fengselshelsetjenesten
- Andre instanser ved behov.

**Miljøarbeidertjenesten er representert med deltagere i:**

- Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0-6 år som vekker bekymring



## 6.13 LAR utleveringsteam

**Kommunens nettside:**

[LAR – kontaktinformasjon - Hjemmesykepleien](#)

**Hovedfokus: Forsvarlig utlevering av LAR medisiner til LAR pasienter i Arendal kommune. Fokus er også barn som pårørende.**

### Tiltak og tilbud

LAR utleveringsteam leverer LAR medisin til definerte pasienter i Arendal kommune. Tjenesten gis til pasienter som ikke kan komme seg til apotek og få sin medisin utlevert der. Pasienten får utlevert medisinen på hjemmeadresse. Det gis også hjemmeutlevering en kort periode dersom pasienten skal skjermes fra rusmiljøet etter behandlingsopphold, eller på grunn av fysisk eller psykisk sykdom som hindrer pasienten i å møte på apotek.

LAR = Legemiddel Assistert Rehabilitering. Det føres kontroll av inntak av medisin for å unngå videreformidling til tredje person. Disse særlige kontrollrutinene er nedfelt i Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering.

LAR Utleveringsteamet ser ofte pasienten daglig. Selve utleveringstiden begrenser seg til observasjon av inntak på ca. 10 minutter.

Tjenesten er ambulerende. Det mottas ikke pasienter på kontoret.

### Samarbeidende tjenester

Sørlandets sykehus Helseforetak LAR-Avdeling for rus og avhengighetsbehandlings poliklinikk: Spesialisthelsetjenesten har ansvar for LAR behandling.

Fastleger:

Sørlandets sykehus Helseforetak LAR-Avdeling for rus og avhengighetsbehandling kan overføre ansvar for behandling til fastleger i noen tilfeller. I tillegg er fastlegen ansvarlig for øvrig helse- vurdering for pasientene.

Miljøarbeidertjenesten:

Svært mange av LAR pasientene har oppfølging av Miljøarbeidertjenesten da de får LAR på skade-reducerende grunnlag. De har ofte et aktivt rusmisbruk og har behov for oppfølging.



## 7. SKJEMA - MELDINGER - RAPPORTER

### 7.1 Oppstartssamtale i barnehage

- [Informasjonsskriv til foreldre før oppstartssamtale](#)
- [Kartlegging i oppstartssamtale](#)

### 7.2 Samtykkeerklæringer

- [Samtykke til opphevelse av taushetsplikten i forbindelse med tverrfaglig samarbeid knyttet til gravide og familie](#)
- [Samtykke til opphevelse av taushetsplikten i forbindelse med tverrfaglig samarbeid knyttet til barn 0-6år og familie](#)

### 7.3 Melding tilbarnevernet

#### Veileder for bekymringsmeldning til barneverntjenesten

Alle offentlige myndigheter har opplysningsplikt til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at barn blir mishandlet eller utsatt for andre former for alvorlig omsorgsvikt, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige adferdsvansker, jfr. Lov om barneverntjenester § 6-4, annet ledd.

Alle offentlige myndigheter bør levere sin bekymringsmeldning skriftlig.

Bekymringsmeldingen bør utformes som et vanlig brev, gjerne med kopi til foreldrene. Dere må på forhånd informere foreldrene om at meldingen sendes (unntak ved mishandling eller ved andre alvorlige overgrep).

**Sendes til:** Arendal kommune, Barneverntjenesten, Postboks 123, 4891 Grimstad.

Bekymringen kan drøftes anonymt med barneverntjenesten på tlf. 37 01 30 00 (spør etter meldingslaget eller aktuell saksbehandler) eller Barnevernsvakten på telefon 370 13101.

Det vises til kapittel 2 "Forhold som bør vekke bekymring", som grunnlag ved utfylling av melde-skjemaet.

#### Meldingens innhold

##### Opplysninger:

- Navn, tlf. nr. og adresse til melder
- Hvem bekymringen gjelder for: navn, adresse, fødselsdato
- Navn og adresse til foresatte

##### Forslag til innhold i meldning:

Konkret beskrivelse av hva som er grunnlaget for bekymringen.

#### 1. Forhold ved hjemmet.

For eksempel adferdsmønster, samarbeidsevne, mentaliseringsevne, sensitivitet, emosjonalitet, veiledningsevne, psykisk sykdom, forhold til rusmidler, samspill, stimulering, struktur, grenser, oppfølging og tilsyn med mer jf. Veileder fra departementet q-1162 B kap. 4.

#### 2. Forhold ved barnet

- a) Symptomer ved barnet (atferdsvansker, følelsesmessige og kroppslige vansker)
- b) Barnets utvikling (mht. motorikk, språk, sosiale evner, lek kognitive ferdigheter)
- c) Barnets personlige egenskaper (kontaktevne, selvbilde, problemløsningsevne)

##### Andre nyttige opplysninger:

- Hva er gjort for å bedre situasjonen for barnet?

- Er andre bekymret?
- Hvilke andre offentlige og/eller private instanser har kjennskap til familien?
- Foreldrenes reaksjon på deres bekymring og hvordan samarbeidet har vært?
- Annet av betydning for saken.

## 7.4 Melding til NAV

### [NAV – Melding om gravid rusmiddelavhengig](#)

Tvangstiltak er alltid unntaket når det gjelder rusbehandling. Det er derfor viktig å presisere at (gravide) rusmiddelavhengige bør henvises til Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA). De som kan henvises er fastlege og «sosialtjenesten» i NAV. Det er naturlig at leger henviser ettersom legen også skal ta urinprøver og sannsynligvis kjenner den gravide best over tid.

### **Melding fra pårørende**

Nav Arendal har ved melding fra pårørende ansvar for å vurdere og reise tvangssak overfor gravid rusavhengig, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven kap.10. Se nærmere om lovhjemlene under tjenestebeskrivelsen fra NAV, pkt. 5.9.

## 7.5 Henvisning til Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0-6 år som vekker bekymring

### [Henvisning til Oppvekstteam](#)

## 7.6 Rapport ved henvisning til Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)

### [Henvisning PPT](#)

Det er til stor nytte i den videre utredningen ved PPT at det foreligger syns- og hørselstest av nyere dato.

### **Kartleggingsverktøy som kan brukes:**

- Mette Tafjords sirkel med tolkninger
- ALLE MED
- TRAS – kartlegging av språkferdigheter
- Observasjoner

På denne måten vil PPT ha et godt grunnlag som vil lette den videre utredningen, og raskere kunne komme med råd og veiledning i eventuelt nye tiltak.

**Husk at barnets foresatte skal ha kopi av pedagogisk rapport.**

## 7.7 Søknadsskjema for omsorgstjenester: Psykisk helsetjeneste - voksne, miljøarbeidertjeneste og boveiledertjeneste

### [Søknadsskjema helse- og omsorgstjenester](#)

Du kan også ta kontakte Innsatsteam Psykisk helse. Se [www.arendal.kommune.no](http://www.arendal.kommune.no)

## 8. KARTLEGGINGSVERKTØY

**Spørsmål fra kartleggingsverktøyene EPDS, TWEAK og AAS kan også brukes i andre tjenester enn de som til nå har implementert disse i sin praksis.**

### 8.1 EPDS - Edinburgh Postnatale Depresjonsscore

Kartleggingsverktøyet EPDS, kombinert med oppfølgingsamtale er et selvrapporteringskjema spesielt rettet mot gravide og kvinner som nylig har født. Skjemaet er ment som et hjelpemiddel for helsepersonell for å avdekke fødselsdepresjoner.

Kartleggingsverktøyet er brukt over en tre års periode i svangerskapskontrollene i Arendal. Det er brukt hos jordmor i uke 26 – 34, og hos helsesøster i uke 6.

Det brukes foreløpig ikke på mødre med minoritetsbakgrunn, da det kreves tolk for gjennomføringen av samtalen etterpå. Det er et ønske om at også denne gruppen får tilbudet.

Samtalen i etterkant av EPDS skjema er viktig. Den er basert på empatisk samtale med bruk av MI (motiverende intervju).

Fastlegene er informert om EPDS (via Praksisnytt). De tilbakemelder at de har et lignende skjema AUDIT.

Funn fra samtalen og skåring fra skjema (EPDS) avgjør hvilke tiltak som settes inn. (se handlingskjeden).

[EPDS kartleggingsskjema](#)

[EPDS koding av kartleggingsskjema](#)

### 8.2 TWEAK - Tolleranse, Worried, Eye opener, Amnesia, Cut down

Kartleggingsverktøyet TWEAK, kombinert med oppfølgingsamtale, brukes for avdekking av alkoholforbruk hos gravide. Verktøyet kan også brukes overfor sped- og småbarnsforeldre og i den generelle befolkningen.

Under konsultasjonen informerer jordmor den gravide om at helsemyndighetene ber oss ha oppmerksomhet på alkohol.

Den gravide kan fylle ut skjemaet TWEAK. Sammen går de gjennom utfyllingen og har en samtale om alkoholbruk/skader.

**Dersom kartleggingen vekker bekymring**, drøftes situasjonen først med en jordmorkollega på helsestasjonen.

Ved fortsatt "bekymring" - ny time hos jordmor innen 1-2 uker.

Ved ny konsultasjon - ta opp bekymringer med den gravide.

- Fyll ut samtykkeskjema.
- Kontakt med fastlegen.
- Kontakt med NAV ved tiltaksteamet. (se tjenestebeskrivelse)

Ved alvorlig "bekymring" - hvis den gravide bryter kontakt med jordmor:

- Drøft saken med leder.
- Jordmor varsler den gravide om at fastlege og NAV varsles/informeres.

Det vise også til kapittel 4.1 Arendalsmodellen – "Vi ser – VI samhandler".

Jordmor har ansvaret for å sikre god overgang til helsesøster som skal følge familien etter fødsel.

[TWEAK kartleggingsskjema](#)



### 8.3 AAS - Abuse Assessment Screen

Kartleggingsverktøyet AAS, kombinert med oppfølgingssamtale, kan benyttes for å avdekke vold. En enkel kartleggingsprosedyre kan være tilstrekkelig for å få informasjon om vold, overgrep og andre belastninger av stor betydning for både kvinnens og (også det ufødte) barnets helse og utvikling.

Hele kartleggingsverktøyet eller noen av spørsmålene kan også brukes av andre tjenesteutøvere.

Noen av tjenestene har rutiner for spørsmål om vold allerede, resten av tjenestene innfører dette i løpet av våren 2014.

[AAS kartleggingsskjema](#)

### 8.4 Firfotmodellen

Kartleggingsverktøyet Firfotmodellen er til hjelp i daglig arbeid og samarbeid når vi er bekymret.

**Den bygger på fire føtter:**

1. fot: S for symptomer
2. fot: U for utvikling
3. fot: P for personlige egenskaper
4. fot: O for Oppvekstmiljø

**Råd ved bruk av firfotmodellen:**

- Gå gjennom hele modellen, fot for fot.
- Beskriv problemer/symptomer og ressurser /beskyttelse.
- Ikke tenk (for mye) på hva som kan være årsaken til vanskene, prøv å beskrive.
- Prøv å konkludere til sist (fyll ut oppsummeringsarket bakerst).

Firfotmodellen: [www.hertervigforlag.no](http://www.hertervigforlag.no)

### 8.5 DUDIT - Drug Use Disorder Identification Test

DUDIT er et selvrapporteringskjema for identifisering av problem med narkotiske stoffer og/eller legemidler. Skjemaet inneholder 10 spørsmål

[DUDIT selvrapporteringskjema](#)

### 8.6 AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test

AUDIT er et selvrapporteringskjema for identifisering av problem med alkohol. Skjemaet inneholder 10 spørsmål.

[AUDIT selvrapporteringskjema](#)

### 8.7 Andre pedagogiske kartleggingsverktøy

#### **Alle med - Lenke bestillingssted for kartleggingskjema**

ALLE MED skjema er enkelt å bruke og lett å forstå. Skjemaet gir et helhetlig bilde av barnet og hva det mestrer på en måte som foreldre, førskolelærere og fagfolk forstår. Det er utviklet på grunnlag av teori om sammenhengen mellom språklig og sosial kompetanse. Utsagnene som er utviklet i verktøyet er formulert av førskolelærerne som selv arbeider, og har erfaringsgrunnlaget sitt, i den kulturen barnehagen har.

ALLE MED er nevnt som eksempel i Stortingsmelding 16 (2006-2007) ".....og ingen sto igjen". Skjemaet er i tråd med den nasjonale satsingen om å fange opp de barna som sliter med mestring så tidlig som mulig.

ALLE MED dekker 6 utviklingsnivå:

Språkutvikling, lek, sosio-emosjonell utvikling, hverdagsaktiviteter, trivsel og sansemotorisk utvikling.

ISBN: 978-82-90910-30-8

[Bestilling av ALLE MED - skjema](#)

### **Tras - Lenke bestillingssted for kartleggings skjema**

TRAS har tre hovedområder. Første del har tre nye kapitler, som blant annet tar for seg hva TRAS er og hvordan det skal brukes. Det påpekes her at TRAS skal både gjennomføres og tolkes på bakgrunn av daglig samspill. Det anbefales å fylle ut sirkelen med blå farge for barn i alderen 2-3 år, rød farge ved 3-4 års alder og grønn farge når barna er 4-5 år. Dette kan gi et bilde av barnets språkutvikling over tid.

Meningen med observasjonene er å følge hvert enkelt barn i dets utvikling, og benytte observasjonene til å drøfte videre tilrettelegging av pedagogiske tiltak i forhold til Rammeplan for barnehagen. Dette vil være med på å kvalitetssikre observasjonene og den pedagogiske planleggingen.

ISBN: 978-82-90910-52-0

[Bestilling av Tras - kartleggings skjema](#)

## 9. LOVERK, VEILEDERE, LITTERATUR OG LENKER

### 9.1 Lovverk

- **FNs konvensjon om barns rettigheter, særlig kapittel 19**  
[www.fn.no](http://www.fn.no)
- **Lov om barn og foreldre**  
[www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7](http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7)
- **Grunnloven § 104**  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17?q=Grunnloven>
- **Helse- og omsorgstjenesteloven**  
[www.lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30](http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30)
- **Pasient- og brukerrettighetsloven**  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- **Spesialisthelsetjenesteloven**  
[www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61](http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61)
- **Helsepersonelloven**  
[www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64](http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64)
- **Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen**  
[www.lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131](http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131)
- **Lov om barneverntjenester (barnevernloven)**  
[www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100](http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100)
- **Lov om barnehager**  
[www.lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64](http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64)
- **Straffeloven**  
[www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1902-05-22-10?q=Straffeloven\\*](http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1902-05-22-10?q=Straffeloven*)
- **Forvaltningsloven**  
[www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven\\*](http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven*)
- **Lov om grunnskole og den videregående opplæring**  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>

### 9.2 Veiledere

- **Barn som pårørende. Mor/far er syk. Rundskriv 15-5/2010.**  
[helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no)
- **Du ser det ikke før du tror det**  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- **Voksne for Barn - barneperspektivsamtalet**  
[www.vfb.no](http://www.vfb.no)
- **Den dialogiske barnesamtalen. Hvordan snakke med barn om sensitive temaet -**  
Åse Langballe (2011):  
[www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)
- **Veileder: Snakk med meg.** Veileder om å snakke med barn. Barne- og likestillings-departementet.  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- **Veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen: Tidlig samtale om alkohol og levevaner**  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

- **Sammen om mestring.** Veileder i lokalt psykisk helsearbeide og rusarbeid for voksne. Et verkøty for kommunen og spesialisthelsetjenesten. IS-2076  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- **Alvorlige hendelser i barnehager og utdanningsinstitusjoner.** Veiledning i beredskapsplanlegging.  
[www.udir.no](http://www.udir.no)
- **Rettigheter i psykisk helsevern for deg under 16 år.**  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- **Å sende en bekymringsmelding – eller la det være?** En kartlegging av samarbeidet mellom barnehage og barnevern. Barne- og likestillings-departementet.  
[www.bufdir.no](http://www.bufdir.no)
- **Veileder: Til barnets beste – samarbeid mellom barnehagen og barneverntjenesten**  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- **Spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning:** Spesialpedagogisk hjelp før opplæringspliktig alder. Utdanningsdirektoratet  
[www.udir.no](http://www.udir.no)
- **Spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning:** Saksgangen knyttet til spesialundervisning. Utdanningsdirektoratet  
[www.udir.no](http://www.udir.no)
- **Fra eldst til yngst.** Samarbeid og sammenheng mellom barnehage og skole.  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- **Kråd gir råd til helsestasjoner og barnehager.** Det kriminalitetsforebyggende råd.  
[www.krad.no](http://www.krad.no)
- **Å spørre om vold ved svangerskapskontroll.** Rapport fra et forsøksprosjekt i fire kommuner. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress  
[www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)
- **Liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017.** Justis- og beredskapsdepartementet.  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- **Rapport 2012:2 Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og mekling:** Konsekvenser for barn og unge. Folkehelseinstituttet  
[www.fhi.no](http://www.fhi.no)
- **Rapport 2013:6 Intervensjoner for å dempe foreldrekonflikt - en kunnskapsoversikt.** Folkehelseinstituttet.  
[www.fhi.no](http://www.fhi.no)
- **Pårørendes rettigheter - en oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak**  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- **Rammeplan for barnehager**  
[www.udir.no](http://www.udir.no)
- **Kvalitetsdokument 2013 – 2016 for barnehagene i Arendal kommune**  
[www.arendal.kommune.no](http://www.arendal.kommune.no)

## 9.3 Litteratur og lenker til nettsteder

### Litteratur - bøker

- **Barn og traumer. En håndbok for foreldre og hjelpere** - Atle Dyregrov
- **Sammen så det hjelper, metoder i samtaler med barn, ungdom og familier** - Gunnar Eide og Rolf Rohde
- **Kan vi snakke med barn om alt** - Magne Raundalen og Jon-Håkon Schulz
- **Risiko - omsorgssvikt - samspill tilknytning** - Kari Killèn
- **Barndommen varer i generasjoner** - Kari Killèn
- **Sveket** - Kari Killèn
- **Vi er våre relasjoner, om tilknytning, traumer og dissosiasjon** - Tor Wenneberg
- **Barn som pårørende** - Bente Storm Mowatt Haugland, Borgunn Ytterhus og Kari Dyregrov
- **Motiverende samtale - Endring på egne vilkår** - Tom Barth/Christina Næsholm
- **Motiverende intervju. Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren** - Barbro Holm Ivarsson.
- **Miljøterapi boken - mentalisering som holdning og handling** - Finn Skårderud og Bente Sommerfeldt
- **Snakk om angst og depresjon... med barn og voksne i alle aldre** - Karen Glistrup

### Litteratur - på nett

- **Hvordan snakke med barn om ulykker og kriser.** Senter for krisepsykologi.  
[www.krisepsyk.no](http://www.krisepsyk.no)
- **Barn som pårørende.** Sørlandets sykehus. Barns beste. E-læring  
[www.laeringsportalen.no](http://www.laeringsportalen.no)
- **Barn i Norge 2013 Barnefattigdom og utenforskap.** Voksne for barn.  
[www.vfb.no](http://www.vfb.no)
- **Cos (Circle of security)- Illustrasjon:** Om tilknytning mellom foreldre/foresatte og barnet, og tilknytningens betydning for barnets utvikling  
[www.cpri.ca](http://www.cpri.ca)
- **Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser.** Rapport 2011:4 (Folkehelseinstituttet).  
<https://fhi.no>
- **Barnefordelingssaker der det er påstand om vold.** Psykologisk informasjon til dommere, advokater og sakkyndige. Barne- og likestillingsdepartementet  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- **Når de minste barna utsettes for vold, hvordan ivaretar vi deres rettigheter?** Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- **Norsk TWEAK, Screening av alkoholbruk i graviditet, sped- og småbarnsperioden.** Link til TWEAK kartleggingsskjema  
[www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no)
- **Psykologisk førstehjelpskrin 2-7 år. Voksne for barn.**  
[www.vfb.no](http://www.vfb.no)
- **Senter mot seksuelle overgrep, SMSO Agder.**  
[www.smso-agder.no](http://www.smso-agder.no)

### Nettsider

- Organisasjonen Voksne for Barn: Om barn og psykisk helse.  
[www.vfb.no](http://www.vfb.no)

- Om Barns beste  
<https://sshf.no>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- Barneombudet  
[www.barneombudet.no](http://www.barneombudet.no)
- Fylkesmannen  
[www.fylkesmannen.no](http://www.fylkesmannen.no)
- Landsforeningen uventet barnedød  
[www.lub.no](http://www.lub.no)
- Alternativ til vold  
[www.atv-stiftelsen.no](http://www.atv-stiftelsen.no)
- Bufetat: Agder barne- og Familiesenter  
[www.bufdir.no](http://www.bufdir.no)
- Norsk senter for krisepsykologi:  
[www.krisepsyk.no](http://www.krisepsyk.no)
- Stine Sofies Stiftelse  
[www.stinesofiesstiftelse.no](http://www.stinesofiesstiftelse.no)
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisert stress  
[www.rvts.no](http://www.rvts.no)
- Borgestadklinikken  
[www.borgestadklinikken.no](http://www.borgestadklinikken.no)
- Folkehelseinstituttet  
[www.fhi.no](http://www.fhi.no)
- Morild.org - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid  
[www.morild.org](http://www.morild.org)
- Napha.no - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid  
[www.napha.no](http://www.napha.no)
- Brukermedvirkning – Helsedirektoratet  
[www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus](http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus)

### Materiell for barn

- **Jeg er meg, min meg** - Margrethe Wiede Aasland og Elin Rygg
- **Pappaen min er syk i tanken** - Anne Kristine Bergem
- **Det usynlige barnet** - Tove Jansson
- **Hvorfor blir pappa så rar?** - Audhild Hjellup Lønne
- **Hvorfor gråter mamma?** - Audhild Hjellup Lønne
- **Sinna mann** - Gro Dahle
- **Vonde hemmeligheter** – Sølvi Schei
- **Hvem kan hjelpe Jesper** - Voksne for Barn
- Tegnefilm: **Trøbbel** - Stine Sofies Stiftelse
- Brettspill: **Fortell det til noen** - Stine Sofies Stiftelse
- **Snill jente** - en film

## 10. Modellkommuneprosjektet

### Opplæringsprogrammet

#### **Tidlig innsats: Ved vansker knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner.**

Helsedirektoratet og Barne, ungdoms- og familiedirektoratet har sammen utarbeidet et helhetlig opplæringsstilbud. Dette skal bidra til å gjøre ansatte tryggere i arbeidet med å avdekke et begynnende problem, og tilby adekvat hjelp.

Opplæringsprogrammet er et tilbud om opplæring i gode verktøy og metoder innen tidlig intervensjon.

Målgruppen er kommunalt ansatte som i det daglige møter småbarnsforeldre, gravide og deres partnere. Det gis opplæring i konkrete verktøy og samtalemetodikk, og anbefalinger knyttet tverr-sektoriell samhandling i oppfølgingen.

Ved siden av noe teori, inneholder opplæringsprogrammet flere øvelser for å styrke den enkeltes ferdigheter og opplevelse av mestring. Det legges også opp til veiledning og erfaringsutveksling.

#### **Følgende elementer står sentralt i opplæringen, som går over fem dager:**

- Alkohol og graviditet, hvordan alkohol skader fosteret, bruk av kartleggingsverktøyet TWEAK
- Psykiske vansker under graviditet og i småbarnsfasen, bruk av kartleggingsverktøyet EPDS
- Vold under graviditet og i småbarnsfasen, bruk av kartleggingsverktøyet AAS
- Opplæring i Motiverende samtale (MI) og støttesamtale, tydeliggjøring av likheter og forskjeller mellom samtalemetodene.
- Utvikling av kommunens tverrfaglige samarbeid med familier med alvorlige og komplekse problemer.

#### **Direktoratenes mål er at deltakerne gjennom opplæringsprogrammet skal få:**

- Mot til å spørre om alkohol, psykisk helse og vold
- Mot til å handle på grunnlag av et svar fra den enkelte
- Kunnskap om hva du kan gjøre og hvem du skal henvende deg til, og hvilke(n) instans(er) som er de(n) riktige til å følge opp den enkelte, familien eller barna.

### Tidlig intervensjon

Ved vansker knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner.

Opplæringsprogrammet i bruk av kartleggingsverktøy og samtalemetodikk i møte med gravide og småbarnsforeldre: [www.korus-sor.no](http://www.korus-sor.no)

Manual: [Tidlig intervensjon. Psykisk helse – rus - vold](#)

### Modellbeskrivelse - VI SER – VI SAMHANDLER

Arendal kommune har utarbeidet modellbeskrivelsen VI SER – VI SAMHANDLER. Sammen om familier og barn i Arendal kommune

For ansatte i kommunen: Du finner modellbeskrivelsen på O-området under enheter – enhet levekår – avdelingene – Arendal helsestasjon – modellkommuneprosjekt – modellbeskrivelse og veileder.



## 11. OPPSUMMERING

### Utarbeidelse av veilederen ”Vi ser - Vi samhandler”

Veilederen ”Vi ser - Vi samhandler” ble utarbeidet i 2013 og ferdigstilt januar 2014.

Dokumentet ble godkjent henholdsvis administrativt av rådmannen v/kommunalsjef Roar Aaserud 22.05.2014 og politisk av omorgskomiteen 18.09.2014. Det er vedtatt at Veilederen skal tre i kraft fra 22.05.2014. Veilederen er et produkt av tverrfaglig og tverretattlig samarbeid og vil bli evaluert i løpet av høsten 2014.

#### Arbeidsgruppen har bestått av følgende:

Inger Lassen / Randi Hordvik	Barneverntjenesten
Elisabeth Grimmert Hopstock	Helsesøstertjenesten
Anne Kendel	Forebyggende tjenester for barn, unge og familier
Inger Marie Espeland	Nettverk psykisk helse og rus - voksne
Anne Tveito	Forebyggende tjenester for barn, unge og familier
Vigdis Moripen	Jordmortjenesten
Senita Hjelmeland	Pedagogisk psykologisk tjeneste
May Karin Holanger	Koordinator for Oppvekssteam for gravide og barn 0-6 år

#### Mot ferdigstillingen av veilederen, ble arbeidsgruppen styrket med følgende tjenester:

Inger Lise Devold	NAV
Mariann Olsen	Spesialkonsulent, Barnehage- og skolekontoret
Kirsten Dyve Samuelsen	Representant for private barnehager
Anne Bjørg Martiniussen	Representant for kommunale barnehager
erstattet av Sigrun Lundberg	

I tillegg har det vært en referansegruppe med utvidet representasjon fra tjenester for barn og voksne samt en styringsgruppe med enhetsledere og kommunelege representert som følger prosjektet.

#### Prosjektets referansegruppe har bestått av:

Representanter fra private og kommunale barnehager, NAV, Bufetat, ABUP - Avdeling for barn og unges psykiske helse, ARA – Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Brukerrådet psykisk helse og rus og en representant fra bystyret. I tillegg har arbeidsgruppen deltatt, med koordinator som leder av referansegruppen.

I løpet av Modellkommuneprosjektets periode ble det nedsatt en styringsgruppe bl.a. for å styrke forankring og implementering i tjenestene.

#### Prosjektets styringsgruppe har bestått av:

Roar Åserud	Kommunalsjef, Oppvekst
Harald Reiso	Kommuneoverlege
Aslaug Hustadnes	Enhetsleder, Helse, barn og unge
Astri Arnesen	Leder Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)
Nils Halvorsen	Enhetsleder, Barnevern
Tora Halvorsen	Enhetsleder, Psykisk helse og rus - voksne

Arbeidsgruppens koordinator har vært sekretær.

*”Å komme sammen er begynnelsen  
Å holde sammen er fremgang  
Å jobbe sammen er suksess”*

**- Henry Ford**



**ARENDALE KOMMUNE**