

## PLAN FOR BARNE- OG FAMILIESENTER I EIGERSUND

### Innhold

1. Innledning
2. Sammendrag
3. Beskrivelse av nå – situasjonen
4. Mål og delmål
5. Beskrivelse og organisering av prosjektet.
6. Organisering av arbeidet. Faser
7. Rammer. Tid og personell
8. Ledelsesmodell
9. Evaluering
10. Vedlegg



## 1. SAMMENDRAG

Planen er en oppfølging av tiltak nr. 1.3 i Oppvekstplanen samt eget vedtak i Kultur- og oppvekstutvalget i november 2007. (sak 10/07)

Eigersund kommune har behov for en bedre samordning av tjenestene til barn og unge. Kommunen har mange tilbud til denne gruppen fordelt på de ulike kommunale tjenestene. Dagens Oppvekstmodell som bygger på URT (utvidet ressursteam) er knyttet til skoler og barnehager. Det er behov for en mer overordnet og omfattende samordning som også fanger opp behov utenom skoler og barnehager.

Familiesentermodellen er utviklet gjennom pilotforsøk i 6 kommuner i regi av Opptrappingsplan for psykisk helse og anbefales av sentrale myndigheter som et virkemiddel for å samordne tverrfaglige tjenester.

Helsestasjonstjenestene (inkl. skolehelsetjeneste og svangerskapsomsorg), Åpen barnehage, barneverntjenesten, psykiaritjenesten, PPT, koordinator barn og unge og Ungdomskontakten er sentrale kommunale aktører i Barne- og familiesenteret. I tillegg trekkes det inn ikke-kommunale tjenester som Familievernkontoret, NAV, Barne- ungdoms- og familieetaten (det statlige barnevernet) og Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling Eigersund.

Tilbudet organiseres som et lavterskeltilbud med base i Helsestasjonen og Åpen barnehage. Det skal være lett å ta kontakt med alle tjenestene via denne basen og få hjelp innenfor definerte tidsrammer. De som møter brukerne har kunnskap om hvilken hjelp som er aktuell og hjelper dem videre i tiltakskjeden.

Det etableres et veiledningsteam som har faste trefftider i Barne- og familiesenteret. Dette teamet er sammensatt av aktuelle tjenester: Helsestasjon, barnevern, psykisk helse, PPT, koordinator, ungdomskontakt/SLT og Åpen barnehage. Saker som egner seg for Veiledningsteamet er "veivisersaker", der "veisøker" kan komme for å få hjelp til å finne fram i tjenestetilbudet, få råd og veiledning og tilbud om hjelp ellers. Veisøkere kan være både privatpersoner og medarbeidere.

På denne måten vil brukerne ha en enklere tilgang til tjenester fra kommunens hjelpeapparat, og kommunens målsetting i Oppvekstplanen om "Rett hjelp til rett tid" vil lettere kunne oppnås.

Planen inneholder 6 delmål for å nå sin målsetting:

*Sikre barn og unge gode omsorgs- og utviklingsbetingelser gjennom et samordnet tjenestetilbud med fokus på tidlig intervensjon og rett hjelp til rett tid.*

1. Opprette et veiledningsteam for familier
2. Familieavdeling for risikofamilier i Åpen barnehage
3. Utvikle handlingskompetanse hos personalet
4. Økt tilgjengelighet – lavterskelprofil
5. En sammenhengende tiltakskjede
6. Utredning og behandling

## 2. INNLEDNING

### FAMILIESENTERMODELLEN

Familiesentermodellen er et ektefødt barn av Opptappingsplanen for psykisk helse. Et familiesenter er et hus med mange tilbud og god tilgjengelighet av tjenester og fagfolk, også et tverrfaglig team. Senteret skal drive både helsefremmende og forebyggende arbeid, og det skal helst ligge i et boligområde. I denne modellen er familiesenteret både et tverrfaglig tiltak i seg selv, og en tverretattlig samarbeidsarena. Tjenester med ansvar for psykososial problematikk er "eiere" av familiesenteret og skal bidra med kompetanse, ressurser og tilbud (programmer). Familiesentrets virksomhet bygger på "det preventive paradoks". Dette betyr at man best kan nå risikofamilier, særlig de som er reddest for hjelpeapparatet, gjennom gode velferdstilbud for alle. Allmenne tilbud som svangerskapsomsorg, helsestasjon og åpen barnehage fungerer som familiesenterets "magneter". Åpen barnehage er selve hjertet i familiesenteret. Det er en møteplass som ledes av en pedagog, men hit kommer også fagfolk med ansvar for psykososialt arbeid fra andre deler av familiesenteret, fra kommunen for øvrig og fra spesialisttjenestene. I tillegg til pedagogisk virksomhet som stimulering av ungene, informasjonsvirksomhet, diskusjoner, foreldreveiledning og "problemsortering", står annet helsefremmende arbeid som nettverks- og tillitsbygging sentralt. Inkludert i det allmenne tilbudet finnes også individuell og gruppebasert veiledning og konsultasjonsvirksomhet, samlivs- og foreldrekurs.

Familiesenterets faglige tilnærming tar bl.a. utgangspunkt i at psykososiale stressfaktorer øker risiko for utvikling av psykiske problemer og lidelser. Som forebyggende tiltak skal senteret derfor bidra til at barn får **rett hjelp til rett tid**. Tidlig oppdaging og tidlig hjelp er helt sentralt for å nå et mål som bedre tilgjengelighet. Jordmødre og helsesøstre i familiesenteret har tatt i bruk verktøy for screening, slik at foreldrenes rapportering om egen livssituasjon og sin oppfatninger av barnet og dets utvikling, kan danne grunnlag for informasjon og tilbud om hjelp. Problem utvikling forebygges gjennom foreldreveiledning og et kompetent tverretattlig team som utreder og arbeider systematisk med familier i risiko. Dette innebærer også sosialt arbeid knyttet til boforhold, inntekt, utdanning, familiekonflikter (vold), osv. Teamarbeiderne har gode forbindelser til tjenestesystemet utenfor familiesenteret, slik at hjelpetiltak som krever henvisninger, forvaltningsvedtak og ressurser utenfra lett kan skaffes. Omfattende hjelp fra flere tjenester koordineres av teamet. Dette betyr at familier med sammensatte behov slipper å gå kanossagangen fra instans til instans, uten at disse vet om hverandres bidrag. Lavterskelprofilen gjør at familiesenteret er "mappefri sone", men jordmor og helsesøster fører hsekort som på alle helsestasjoner. Viktige aktører i familiesenteret er jordmor- og helsesøstertjenesten, barneverntjenesten, psykisk helsetjeneste, PP- tjenesten, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk(BUP), sosialtjenesten, barne- og familievernet i Bufetat, ungdomskontakten og politiet. I nettverksarbeidet legges det også stor vekt på samarbeid med frivillige organisasjoner.

## 3. BESKRIVELSE AV NÅ-SITUASJONEN

Kommunens tverrfaglige samarbeid for barn og unge består av tre hovedstrukturer som har både selvstendige og felles oppgaver. Disse strukturene benevnes som Hjelpetjenestene, URT og SLT.

Hjelpetjenestene omfatter Helsestasjonstjenestene (inkl. skolehelsetjeneste og svangerskapsomsorg) barneverntjenesten, psykiatritjenesten, PPT, koordinator barn og unge og Ungdomskontakten.

Enhetslederne i Hjelpetjenestene har faste møter hver 14. dag. Levekårssjefen har ansvar for møteinnkalling og sakliste. Oppgaver for lederforumet er bl.a. å tilrettelegge administrativt og faglig de nødvendige rammebetingelser for tjenestene. I tillegg møtes alle

de ansatte i Hjelpetjenestene to ganger årlig for skape en felles faglig plattform. Lederforumet har ansvar for det faglige innhold. Det praktiske arbeid med fellesmøtene går på omgang.

### **URT**

Samarbeidsforum mellom skoler/ barnehager og Hjelpetjenestene.

Sammensetning:

Helsesøster, representanter fra barnevern, PPT og Ungdomskontakten (i skole).

Rektor/ styrer er ansvarlig for innkalling og saksliste.

Andre inviteres ved behov, for eksempel foreldre, psykisk helsetjeneste, soneledere o.a.

Oppgaver:

Drøfte bekymringssaker vedr. enkeltbarn.

Drøfte og fremme behov i barnehagen vedr. kompetanse, utviklingsarbeid, ressurser, opptak av barn, foreldresamarbeid m.m.

URT Dalane videreg.skole ; Sammensetning: Helsesøster, psykiatritjeneste, politi, Ungdomskontakt og PPT. Sosialrådgiver er ansvarlig for møteinnkalling og saksliste. Andre inviteres ved behov.

### **SLT**

SLT er en forkortelse for *Samordning av Lokale forebyggende Tiltak* som er en samordningsmodell der offentlige og private instanser gjennom felles målrettede tiltak arbeider for at det blir mindre rus og kriminalitet blant de unge. I Egersund legger modellen opp til et nært og forpliktende samarbeid mellom kommune og politi. Andre instanser vil også naturlig trekkes inn i dette samarbeidet. Arbeidet er forankret i en styringsgruppe på øverste ledernivå. Arbeidsgruppen består av enhetslederne og representant fra politi og Dalane videregående skole.

## **ANDRE SAMARBEIDSINSTANSER**

### **FAMILIEVERNKONTORET**

Familievernkontoret er et offentlig og gratis lavterskeltilbud til par, familier og enkeltpersoner. Alle som ønsker det kan henvende seg direkte til et familievernkontor. Kontoret gir tilbud om terapi, rådgivning og veiledning når det er vansker, konflikter eller kriser i familien. Vi samarbeider fra før av om Godt samliv, skilsmissegrupper for barn og konsultasjonsteam i vold og overgrepssaker.

Barne- og familiesenteret har en vid og lite avgrenset målgruppe – alle typer problemstillinger innenfor aldersgruppene 0 – 20 år skal kunne henvendes til senteret, enten for å få konkrete råd, eller for å bli veiledet videre til andre hjelpeinstanser. I Barne- og familiesenteret vil man møte representanter for kommunens ordinære hjelpeapparat, men man vil også kunne få tjenester fra ikke-kommunale instanser som Familievernkontoret i saker der det kan være nyttig å gi mer spesialisert familierapeutisk veiledning. Familievernkontoret kan også delta i Barne- og familiesenteret virksomhet gjennom ulike forebyggende tiltak.

### **BUP**

Det er utarbeidet egen samarbeidsavtale med BUP. I følge denne skal BUP ha et lavterskeltilbud hvor alle samarbeidspartnere kan komme og få konsultasjon på enkeltsaker, enten som anonym drøfting eller på navngitt pasient evt. sammen med foresatte.

Det forutsettes et nært samarbeid mellom BUP og helsestasjonen. Helsestasjonen benytter seg av åpne konsultasjoner til rådgivning både anonymt og på sak ved behov. Videre deltar BUP med to medarbeidere regelmessig på helsestasjonen hvor det blir gitt veiledning på

spesielle saker. Hensikten med dette er først og fremst å forsøke å komme tidligere til på de yngste barna som måtte ha eller har stor risiko for utvikling av psykisk sykdom, samt være i en prosess hvor både helsestasjonen og BUP i fellesskap kan utvikle økt kompetanse i forhold til kartlegging og håndtering av vansker hos yngste barna.

Det avholdes faste møter 1 gang pr. semester hvor vi evaluerer samarbeidet og har en gjennomgang av forventninger til hverandre og evt. justeringer av samarbeidet.

### **BUFETAT, BARNE- UNGDOMS- OG FAMILIEFORVALTNINGEN**

BUFetat er det regionale, statlige barnevernet. Hovedkontoret for region vest ligger i Bergen, men med en stor avdeling i Stavanger hvor kontaktpersonene for barneverntjenesten holder til. Skriftlige avtaler er lagt til grunn for samarbeidet med BUFetat, herunder virksomhetsplan som skisseres samarbeidet med fagteamet - den delen av BUFetat som har et særlig ansvar for å følge opp den enkelte kommune og som mottar søknader om ulike tiltak kommunen. I tillegg til fosterhjem og institusjonsplasseringer rår BUFetat over en rekke forebyggende og behandlende tiltak overfor barn og unge med atferdsvansker samt foreldre som strever med foreldrerollen. De behandlende tiltakene vil være et supplement til de tiltakene som kommunen selv kan sette inn i regi av familiesenteret. Metodene retter seg mot barn og unge der bekymring er svært alvorlig og intensive forskningsbaserte metoder nødvendig. Metodene er i all hovedsak familiebaserte og veiledning av foreldre er basisen. MST (multi systemisk terapi) og FFT (funksjonell familie terapi) er blant de mest brukte. I en overgangsfase har BUFetat tilbudt PMTO veiledning (parent mangagement training). Denne kompetansen forventes kommunene nå å ha på plass selv. Som en del av det forebyggende arbeidet deltar representant fra fagteamet ukentlig på møter med barneverntjenesten. Fagteamet har videre hatt ansvar for opprettelsen av Konsultasjonsteam for vold og overgrep som legges under Familiesenteret.

Kontakten mellom kommunen og BUFetat går gjennom barneverntjenesten. Familievernkontoret er en del av BUF etat. Her kan imidlertid alle ta direkte kontakt.



#### 4. MÅL OG DELMÅL

Hovedmål: Etablering av Barne- og familiesenter i Eigersund kommune.

Formål: Sikre barn og unge gode omsorgs- og utviklingsbetingelser gjennom et samordnet tjenestetilbud med fokus på tidlig intervensjon og rett hjelp til rett tid.

Målgrupper: Barne- og familiesenteret skal ha en tosidig målsetting. På den ene siden skal senteret være et åpent **lavterskeltilbud** til alle typer familier med barn og unge i alderen 0 – 20 år hvor man kan henvende seg for å få råd og veiledning i forhold til hverdagslivets mange og ulike floker og knuter. Dette er Familiesenterets generelle del.

Barne- og familiesenteret skal også ha spesialisert kompetanse i forhold til å observere, konkludere og tidlig sette i verk tiltak i familier hvor det er fare for en patologisk utvikling dersom hjelpetiltak ikke blir satt inn. Disse tiltakene skal i særlig grad fokusere på samspillet mellom familiemedlemmene med vekt på barnas behov. De som skal jobbe med denne siden av Familiesenterets drift, må derfor ha fordypningskunnskaper om så vel utviklingspsykologiske teorier som personlighetspsykologiske teorier, kunnskaper om psykiatri, og kunnskaper om og erfaringer med teorier som kan anvendes i de enkelte tiltakene.

#### DEFINISJONER:

**Familien** er et tema som stadig debatteres med stort engasjement både i samfunnsvitenskap og velferdspolitiske sammenhenger. Det er vanskelig å bli enige om hvordan en skal definere begrepet familie, og hvordan en skal fortolke og vurdere de raske familieendringene som fra 1970 – tallet har pågått i hele den moderne verden og som innebærer at det livsvarige monogame ekteskap ikke lenger har den samme dominans som grunnlag for familieetablering.

Det finnes mange definisjoner og beskrivelser av familien. En forenkelt definisjon som blir anvendt er:

Familien er en menneskelig sosialgruppe der medlemmer er knyttet sammen på forskjellige måter av blodsband og/ eller andre bånd som ekteskap, samboerskap m.v. Familiebåndet medfører gjensidige forventninger om rettigheter og forpliktelser som foreskrives av religion, håndheves av loven og overholdes av gruppens medlemmer.

Med familier menes også de mange former for moderne slektsrelasjoner som eksisterer.

Familie er ett sett av sosiale relasjoner organisert rundt det å gi barn et grunnleggende sosialt utgangspunkt.

Familien representerer barnets første samspillarena, der særlig foreldrene formidler og levendegjør kulturens og samfunnets verdier, normer og roller.

Foreldrene er vanligvis de første og mest stabile tilknytnings personer og modeller i barnets tilværelse. Gjennom det de sier, men også gjennom det de gjør og er, legemliggjør foreldrene sitt utvalg og sin visjon av samfunns og kulturverdier. I første omgang er det også gjerne foreldrene som velger hvilke andre påvirkningsfaktorer barnet etter hvert skal møte og ha kontakt med.

Det er få klare definisjoner på familie, fordi familiebegrepet stadig er i endring.

**Lavterskeltilbud** defineres som en tjeneste som tilbyr sekundærforebyggende tiltak, der målet er å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles.

Tiltakene er rettet mot definerte grupper, barn, unge, eller familier som oppfattes å være i risiko for å utvikle psykiske problemer. Tjenesten er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at tiltak tilbys uten venting og lang saksbehandling.

**Retts hjelp til rett tid på rett sted:**

”Det preventive paradoks” betyr at man best kan nå risikofamilier, særlig de som er reddest for hjelpeapparatet, gjennom gode velferdstilbud for alle. Ved å bruke verktøy rettet mot hele befolkningen fanger man lettere opp de som sliter med vansker på et tidligere stadium.

Gode screeningmetoder og indikatorer for å identifisere de som trenger oppfølging og hjelp er av avgjørende betydning. Det utvikles nå stadig nye verktøy og metoder i dette arbeidet gjennom økt forskning på barn og unges psykiske helse.

Barn/ familier skal hjelpes på sin egen arena, skole, barnehage, hjem. LEON prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå) gjelder for alle instanser.

- Når familien henvender seg til Barne- og familiesenteret og ber om hjelp skal de mottas **samme dag**. Barne- og familiesenterets oppgave blir å kartlegge hjelpebehov og eventuelt sette familien i kontakt med riktig hjelpeinstans, eller ved behov kalle inn veiledningsteamet.
- Dersom saken er komplisert eller det er behov for å drøfte saken med flere skal veiledningsteamet komme sammen **innen 1 uke**.
- Alle kommunale hjelpetjenester skal ha **definerte tidsrammer** som er forenlige med ”tidlig hjelp” prinsippet.

**DELMÅL 1. OPPRETTE ET VEILEDNINGSTEAM FOR FAMILIER**

Definisjon samordningsmodell:

Samordning defineres som formalisert, forpliktende tverrfaglig organisering av tjenester.

Veiledningsteamet er en samordning av tjenester for barn, unge og familier med hjelpebehov.

Tjenester med ansvar for psykososial problematikk er ”eiere” av familiesenteret og skal bidra med kompetanse, ressurser og tilbud (programmer). Familiesentrets virksomhet bygger på ”det preventive paradoks”. Dette betyr at man best kan nå risikofamilier, særlig de som er reddest for hjelpeapparatet, gjennom gode velferdstilbud for alle.

Problemutvikling forebygges gjennom foreldreveiledning og et kompetent tverretattlig team som utreder og arbeider systematisk med familier i risiko. Dette innebærer også sosialt arbeid knyttet til boforhold, inntekt, utdanning, familiekonflikter (vold), osv.

Teamarbeiderne har gode forbindelser til tjenestesystemet utenfor familiesenteret, slik at hjelpetiltak som krever henvisninger, forvaltningsvedtak og ressurser utenfra lett kan skaffes. Omfattende hjelp fra flere tjenester koordineres av teamet. Dette betyr at familier med sammensatte behov slipper å gå kanossagangen fra instans til instans, uten at disse vet om hverandres bidrag. Lavterskelprofilen gjør at familiesenteret er ”mappefri sone”, men jordmor og helsesøster fører helsekort som på alle helsestasjoner.

Veiledningsteamet er sammensatt av aktuelle tjenester: Helsestasjon, barnevern, psykisk helse, PPT, koordinator, ungdomskontakt/SLT og Åpen barnehage. Saker som egner seg for Veiledningsteamet er "veivisersaker", der "veisøker" kan komme for å få hjelp til å finne fram i tjenestetilbudet, få råd og veiledning og tilbud om hjelp ellers. Veisøkere kan være både privatpersoner og medarbeidere. Veiledningsteamet er en kompletterende tjeneste til URT som er en samordning av tjenester i skoler og barnehager. Veiledningsteamet skal ikke erstatte URT men ta saker som faller utenfor URTs områder. URT kan også bruke Veiledningsteamet ved behov for "veivising" i kompliserte saker. De fleste saker vil nok først og fremst løses i URT, veiledningsteamet vil derfor kunne arbeide mer med prinsipielle saker, systemarbeid og kompetansebygging for enhetene.

Veiledningsteamet har to møter hver måned.

## **DELMÅL 2. FAMILIEAVDELING I ÅPEN BARNEHAGE UTVIDET TILBUD FOR RISIKOFAMILIER**

Dette er et tilbud til familier som trenger tettere oppfølging, og kan være aktuelt for å forebygge begynnende samspillsvansker, for eksempel i forbindelse med psykisk syke foreldre, rusproblemer, umodne foreldre m.v.

Marte Meo terapeuten kan også brukes i dette tilbudet sammen med helsesøster, barnevern og pedagogisk personell.

Familieavdelingen kan ha åpent 1-2 dager pr. uke, og ha plass til 2-3 familier om gangen. Familier henvises til avdelingen av helsestasjonen eller andre. Barnevernet gjør vedtak om slikt tiltak.

En annen aktuell metode i en Familieavdeling er **Circle of Security** som er et relasjonsbehandlingsopplegg som bygger på *Tilknytningsteori* (John Bowlby). Dette er et behandlingsprogram for barn og foreldre med rusproblematikk, lav omsorgskompetanse, psykiske vansker, "de skjulte traumene" og lignende. Behandlingsopplegget tar sikte på å gi foreldre innsikt i de grunnleggende tilknytningsbehovene – å sørge for nærhet; å legge til rette for selvstendighet som svar på barnets behov for å utforske verden rundt seg; trøste – utforske; ivareta foreldrenes emosjonsregulering når barnet er ute av seg, osv. Opplegget lærer foreldrene å kommunisere med barnet - ikke minst i forhold til at møtet med barnet aktiverer foreldrenes egne smertefulle opplevelser. Omsorgspersonen lærer at vanskene som oppstår i samspillet med barnet, kan være forbundet med egne barndomsopplevelser.

## **DELMÅL 3. UTVIKLE HANDLINGSKOMPETANSEN HOS PERSONALET**

Empowerment – relasjonskompetanse – familiearbeid – nettverksarbeid  
Mestringsperspektivet

Perspektiver bygger på en erkjennelse av at evnen til å utvikle og ta i bruk egne ressurser er en sentral faktor i personlig utvikling og for å bygge psykisk helse.

- *Mestring* er oversatt fra det engelske begrepet coping. Det handler ikke om vellykkethet, men om å klare seg i hverdagen.

- *Empowerment* betyr maktmobilisering eller myndiggjøring. Begrepet demystifiserer profesjonell kunnskap og understreker det frigjørende aspekt ved at mennesker reduserer sin avmakt, får større kontroll over sitt dagligliv og større muligheter for å endre sine livsbetingelser. Forståelsen må ikke forveksles med "ansvarsprivatisering", dvs at brukerne alene må ta ansvar for og betale for familiens helse.

- *Resiliens* betyr motstandskraft eller god psykososial fungering til tross for tilstedeværelse av risiko. Resilienstenkningen frambringer et nytt perspektiv på menneskets evne til utvikling ved at den er opptatt av helsebringende prosesser og



forebygging av problemer. Av den grunn er den også av betydning for folkehelseperspektivet.

#### **DELMÅL 4. ØKT TILGJENGELIGHET, LAVTERSKELPROFIL (TIDLIG OPPDAGING - TIDLIG HJELP)**

Helsestasjonen er i utgangspunktet et lavterskeltilbud, dvs. et tilbud til hele befolkningen fra 0-20 år. Det er derfor naturlig at et Barne- og familiesenter som bygger på samme tenkning får sin hovedbase her. Det innebærer at helsestasjonens rolle videreføres og får en funksjon som "plogspiss" for alle Hjelpetjenestene. Ved å henvende seg til Barne- og familiesenteret skal brukere få "der-og-da" hjelp. Helsestasjonens rolle blir dessuten å ha kunnskap om det er aktuelt å trekke inn flere instanser. Saker kan tas inn i Veiledningsteamet eller bruker kan settes i direkte kontakt med andre for å få nødvendig hjelp. En person bør få ansvar for å lede Barne- og familiesenteret og koordinere veiledningsteamet. Stillingen kan lyses ut internt, eller eksternt dersom det kan skaffes friske midler.

#### **KVELLO**

Forsker i utviklingspsykologi, Øyvind Kvello skisserte i forbindelse med kurs for hjelpetjenestene i 2008 en modell for tidlig intervensjon. Sentralt i modellen er observasjon i barnehager der både helsestasjon, PPT og barnevern deltar sammen med personalet. Observasjonene danner utgangspunktet for drøftninger der behov for videre oppfølging av enkeltbarn / barnegrupper diskuteres. Hensikten er å utrede nærmere samt sette inn eventuelle tiltak så tidlig som mulig i samarbeid med foreldrene for å sikre barn en best mulig utvikling. Denne modellen er aktuell å prøve ut i noen barnehager gjennom familiesenteret. Det pågår for tiden skoloring i kommunen i Kvellos metode.

#### **EPDS**

Enkelte ganger er det vanskelig å vite hvor grensen går mellom en normal tilstand og en depresjon. Særlig gjelder det etter fødsel. Helsepersonell som har fått opplæring, kan bruke et spesielt verktøy for å avdekke depresjon etter fødsel. (The Edinburgh postnatal depression scale) Målsetting er tidlig identifisering for å forebygge at mødres nedstemthet og depresjon skal ha en langvarig negativ effekt på barnets utvikling. Forskning viser at barn av deprimerede mødre sliter med samspill, oppmerksomhet og motorikk allerede i spedbarnsalderen. Dette kan føre til økt sårbarhet og fare for utvikling av psykiske vansker senere.

- EPDS innføres fra august ved helsestasjonen. Alle gravide får tilbud om screening.
- De som scorer over grenseområdet følges opp med melding til fastlege og tilbud om støttesamtaler hos kommunens psykiske helsetjeneste.
- Psykisk helse vurderer omfang og henviser ved behov videre til DDPS.
- De som scorer i grenseområdet følges opp av jordmor/ helsesøster som vurderer behov for evt. støttesamtaler.
- Andre aktuelle tiltak: Marte Meo i grupper eller individuelt.

## **DELMÅL 5. EN SAMMENHENGENDE TILTAKSKJEDE**

### **ICDP**

ICDP er en forkortelse for International Child Development Programmes og står for en stiftelse av internasjonale eksperter som arbeider med psykososiale omsorgs- og opplæringsprogrammer for barn i nød.

Programmet skiller seg fra andre lignende programmer idet det er bygget på omsorgsgivers egen praksis og tar sikte på å styrke de positive sider ved denne. De prinsipper som brukes er enkle og forståelige og ikke avhengig av kulturelle forskjeller.

Programmet ble utviklet også med tanke for å hjelpe barn i krigsherjede land. Det bygger på de nye forskningsresultatene innen områder som utviklingspsykologi, kommunikasjon og formidling.

ICDP-programmet er et intervensjonsprogram som skiller seg fra andre intervensjonsprogrammer med at det tar i bruk prinsipper som skal sensitivere omsorgsgiver. Det er ikke så fokusert på instruksjoner og manualer og avhengighet av eksperthjelp.

Sensivering er en bevisstgjøring av omsorgsgiver som vil føre til mer varige endringer i omsorgen. Programmet bruker 7 prinsipper for sensitivering og 8 samspillstema for å formidle de basale kunnskapene. Mange av disse temaene og prinsippene er selvfølgelig enkle å forstå for de fleste omsorgsgivere. Det er først når de begynner å gå inn på det enkelte tema at de forstår betydningen av å være bevisst på dem. De må ikke gå rundt og pugge temaene men bare se sin egen praksis i lys av disse. Da vil de lettere endre negativ praksis og forsterke det positive i samspillet.

Programmet bygger på **tidlig intervensjon**, dvs. at prinsippene kan tas i bruk straks barnet er født. Det kan være en hjelp for foreldre som har problem med f. eks. tilknytning. Man tar utgangspunkt i at alle mennesker er født som sosiale vesen og hjelper omsorgsgiver til å imøtekomme dette behovet ved for eksempel å påpeke hvordan barnet allerede da søker kontakt og kommuniserer. Dette gir de fleste omsorgsgivere en "aha"opplevelse og bekrefter at adferd som de allerede hadde var en del av dette kommunikasjonsmønsteret. De var kanskje ubevisste på hvorfor de handlet som de gjorde, for eksempel øyenkontakten, stemmebruken, mimikken osv., og får nå en bekreftelse på at dette er en viktig praksis som vil stimulere kontakten og samspillet med den nyfødte. De får samtidig en bekreftelse på sin kompetanse som omsorgsgivere og dermed en økt selvtilit. Programmet tar sikte på å utvikle en trygg tilknytning som skal bære forholdet på lang sikt.

### **MARTE MEO**

De minste barna kan i tillegg til ICDP få tilbud om tettere oppfølging med Marte Meo Terapeut. Dette er en forsterket samspillveiledning som egner seg i familier med startvansker i samspillet. Dette tilbudet ses i sammenheng med Delmål 2: Familieavdeling i Åpen barnehage.

### **TIBIR**

Metoden TIBIR (tidlig intervensjon for barn i risikosonen) bygger på PMTO. Det er Bufetat og Atferdssenteret som står for opplæringen som er en statlig satsning. Det statlige barnevernet ønsker at kommuner satser gjennomført på denne metoden slik at det kan gjennomsyre alle nivåer. Den øverste administrative ledelse i kommunen må vedta om vi skal bruke ressurser på dette hvis vi skal søke om deltakelse.

Opplæringen består av moduler som kan gi trenerkompetanse eller veilederkompetanse. Det anbefales at kommunen har 2-3 trenere som tar full PMTO opplæring samt noen veiledere som kan jobbe med lettere tilfeller. Barn deles inn i 3 soner:

**Rød sone:** 3-4% av alle barn har så store problemer at det trenges systematisk endringsarbeid i familien over tid ( ½- 1 ½ år). PMTO-terapeut.

**Gul sone:** 7-10% av alle barn med lettere forstyrrelser i atferd, trenger oppfølging i grupper evt. individuelt. PMTO-veileder.

**Grønn sone:** de barna som ikke er i risikosone.

Alle barn er fulgt opp med Foreldreveiledningsprogrammet ICDP fra fødselen av, dette er et generelt forebyggende tiltak de to første leveår og tilbys alle i grupper på Helsestasjonen. ICDP bygger på samme prinsipper som de andre programmene i TIBIR.

Undersøkelser som nylig er gjennomført av metoden PMTO viser at den har best effekt i aldersgruppen 4-8 år ved manifeste atferdsforstyrrelser. Styrke ved metoden er gode manualer som allikevel er fleksibelt tilpasset den enkelte familie. Terapeutene følges opp av Bufetat med veiledning 6 ganger årlig.

To enkle spørsmål som kan stilles for å finne barn i gul sone:

”Hvordan trives du som mor/far?”

”Hvilke utfordringer har du som mor/far?”

De familier som markeres som gules følges opp med forelderådgivning.

**PALS** (positiv adferd, støttende læringsmiljø og samhandling i skolen) er et program for å forebygge og mestre atferdsvansker i skolen. Programmet bygger på de samme prinsippene som PMTO.

Videre er PALS – en skoleomfattende tiltaksmodell og har som målsetting å:

- Fremme et trygt læringsmiljø for **alle** gjennom utvikling av en felles positiv sosial kultur
- Fremme elevenes sosiale og skolefaglige kompetanse
- Forebygge og avhjelpe problematferd
- Sikre vedvarende kompetanseutvikling for skolens ansatte
- Involvere skolens foreldre/foresatte
- Målgruppe er:
  - **Alle** skolens elever
  - **Alle** ansatte i skolen
- Målområde:
  - Alle settinger i og utenfor skolens undervisningsrom

**PALS** består av fire hoveddeler som samlet bidrar til å styrke de ansattes kompetanse og øke skolens egen kapasitet til å arbeide systematisk:

**Systemdel:** Fremmer utviklingen av en skolekultur der skolens ansatte i samarbeid med foresatte og annet støtteapparat, utvikler god samhandling og et støttende læringsmiljø.

**Praksisdel:** Involverer alle barn og ansatte gjennom innlæring av noen få (3 – 5) enkelt formulerte regler og forventninger til positiv adferd og sosiale ferdigheter på skolens ulike områder. Positiv involvering og anerkjennelse av alle gir økt motivasjon og fremmer læringsmuligheter. Negativ adferd og regelbrudd reageres umiddelbart på med milde forutsigbare konsekvenser.

**Datadel:** Innhenter informasjon og kartlegger problemadferd i skolemiljøet. Det gir støtte til beslutning, planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak på skole-, klasse- eller elevnivå.

**Resultatdel:** Opprettholder vedvarende innsats, programintegritet og kompetansebygging på bakgrunn av arbeidet med system-, praksis- og datadelene.

Tiltakene i PALS organiseres på tre nivåer i en innsatspyramide:

**Universelt nivå:** Forebyggende tiltak der alle elever undervises i forventet adferd og sosiale ferdigheter for å utvikle mestringskompetanse og et trygt læringsmiljø for alle. Her inngår også leksjonene i det sosiale ferdighetsprogrammet "Steg for Steg".

**Selektert nivå:** Støttetiltak for **noen** elever (10 – 15%) som viser økt risiko for problemutvikling. Her inngår bedre tilpasset opplæring og veiledning i nært samarbeid med elevens foreldre. Sosial ferdighetstrening gjennom ART er og et tiltak på dette nivå.

**Indikert nivå:** Støtte- og behandlingstiltak for de **få** elevene (3 – 5%) som viser alvorlige adferdsproblemer. Det kan være tiltak i form av veiledning til elevens lærere, bedre tilpasset opplæring og ferdighetstrening og økt foreldresamarbeid- og behandling (PMTO).

## DELMÅL 6. UTREDNING OG BEHANDLING

### Klippet fra Samhandlingsreformen:

*Skal vi få til bedre helsetjenester, må mer av behandlingen flyttes ut i kommunene. Men de fleste av dagens kommuner er for små til å kunne påta seg ansvaret alene.*

*Samhandlingsreformen vil kreve at kommuner samarbeider tettere, sier helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen.*

*Han kaller samhandlingsreformen for en gedigen kommunehelsetjenestereform, og utfordrer dagens kommunepolitikere til å tenke nytt sammen med nabokommunene.*

*- Jeg oppfordrer initiativrike kommuner til å teste ut samarbeidsformer, prosjekter og ideer de mener kan fungere for å kunne påta seg større ansvar for helsetjenestene til befolkningen. Den nye samhandlingsreformen som er under utarbeidelse, har som mål at mer av helsetjenestene skal foregå nærmere der pasienten bor. Innbyggerne skal få flere spesialiserte helsetjenester lokalt, både når det gjelder forebyggende helsearbeid, behandling og oppfølging av kronisk syke og eldre. Det innebærer at oppgaver skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.*

## PSYKISK HELSETJENESTE

Psykisk helsetjeneste er delt inn i flere innsatsområder. Ett av disse er tjenesten for Barn/unge/familier.

I hht *Opptappingsplanen* beregner man at 5% av barne- og ungdomsbefolkningen har psykiske vansker som trenger innsats fra spesialisthelsetjenesten mens 15% av den samme gruppen trenger innsats fra kommunehelsetjenesten. *Psykisk helsetjeneste* i Eigersund kommune har 2 stillinger som arbeider spesielt rettet inn mot barn og unge med psykiske vansker, og vi arbeider for å utvide vårt tilbud til også å omfatte tilbud til hele familiegruppen for noen av våre brukere. Barn – og unge over 16 år – må ha samtykke fra sine foresatte for å få tjenester fra *Psykisk helsetjeneste*. Kontakten med våre unge brukere skjer på flere arenaer som bl.a. i hjemmet, i våre kontorer, og på skoler, i barnehager og på

helsestasjonen. Hovedtilnæringsmåten er samtaler – individuelt og med foreldre / pårørende.

I tillegg til å arbeide i forhold til individuelle brukere / familier samarbeider også tjenesten med andre instanser som helsestasjon, barnehager, skoler, ungdomskontakt, PPT, barnevernet og BUP.

### **PPT**

Pedagogisk-psykologisk tjeneste har følgende ansvarsområder:

- Konsultasjon og veiledning
- Undersøking og rådgiving
- Sakkyndig vurdering av spesialpedagogiske behov
- Vurdering av behov for viderehenvisning
- Hjelp til kompetanse- og organisasjonsutvikling

I arbeidet med enkeltsaker foretar PPT observasjoner og egne utredninger der det er nødvendig, gir veiledning, deltar i utarbeiding og vurdering av individuelle utviklings- og opplæringsplaner, deltar i ansvarsgruppemøter m.m. PPT viderehenviser saker til kompetansesentra, til barne- og ungdomspsykiatrien og til andre hjelpeinstanser.

I spørsmål om eleven har behov for spesiell hjelp skal PPT foreta en sakkyndig vurdering og tilråding. Det er gitt egne regler for sakkyndig vurdering jfr. § 5 -3 i opplæringsloven. PPT's tilråding er kun rådgivende og ikke bindende for vedtak om spesialpedagogisk hjelp eller spesialundervisning.

PPT gir barnehager og skoler hjelp med kunnskap og kompetanseheving, slike saker omtales som systemsaker. Det kan være kompetanseheving gjennom kurs eller veiledning innen ulike fagområde (som hvordan forstå og hjelpe barn med konsentrasjonsvansker). Videre ber skoler om hjelp til å takle en klasse, til å bidra med foredrag på foreldremøte m.m.

PPT har kontaktpersoner i hver barnehage og skole, og disse deltar i møte med spesialpedagogisk team/ressursteam og i tverretatlige møter eller utvidete ressursteam.

PPT tar imot alle henvisninger. Henviste saker blir vurdert av inntaksteamet i PPT ut fra kriterier for henvisning av saker til PPT. Ved spørsmål om faglige problemer og adferdsproblemer eller lignende kan PP-tjenesten kartlegge problematikken, utrede barnets muligheter og begrensninger og slutføre en utredning/undersøkelse med konklusjon og forslag til videre tiltak/oppfølging.

### **BARNEVERNTJENESTEN**

Barnevernet har plikt til å gripe inn når:

- Barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har et særlig behov for hjelpetiltak.
- Det er alvorlig mangler med den daglige omsorgen som barnet får, eller alvorlige mangler ved den personlige kontakt og trygghet som det trenger etter sin alder og utvikling.
- Foreldrene ikke sørger for at et sykt, eller funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får dekket sitt særlige behov for behandling og opplæring.
- Barnet blir mishandlet eller utsatt for andre alvorlige overgrep i hjemmet.
- Det er overveiende sannsynlighet for at barnets helse og utvikling kan bli alvorlig skadd fordi foreldrene er ute av stand til å ta tilstrekkelig ansvar for barnet.
- Barnet har alvorlige atferdsvansker
  - ved alvorlig eller gjentatt kriminalitet
  - ved vedvarende misbruk av rusmiddel eller på annen måte

## PLAN FOR BARNE – OG FAMILIESENTER I EIGERSUND

- Hva kan barnevernet tilby?
- Som regel er det best for barnet å vokse opp i sitt eget hjem. Barnevernet skal derfor alltid først vurdere om det er mulig å hjelpe familien til å fungere bedre ved forbyggende tiltak.

Tiltak som kan iverksettes:

- Råd og veiledning
- Økonomisk støtte til barnet for å kunne delta i ulike fritidsaktiviteter
- Ulike former for avlastning
- Støttekontakt
- Besøkhjem
- Støtte/opplæring av foreldre
- Ansvarsgrupper
- Hjemmekonsulent/miljøarbeider  
Jfr. Lov om barneverntjenester § 4-4

### NAV

- Ansvarsområder i relasjon til barn/ unge 0-20 år
- Aktuelle tiltak for gruppen

#### **4. BESKRIVELSE OG ORGANISERING AV PROSJEKTET. STYRING, LEDELSE, FORANKRING MED MER**

Planene om Barne- og familiesenter ble først beskrevet i Oppvekstplanen som ble vedtatt i 2006. Det ble så fremmet politisk i 2007 og vedtatt oppstart 1.1.2009. Kommunen søkte om deltakelse i Kvalitetskommuneprogrammet fra juni 2008 og innlemmet Barne- og familiesenteret som et av kommunens prosjekter i dette programmet. Bl. a. på grunn av dette ble oppstarten utsatt på ubestemt tid, men det er en forutsetning at en kommer i gang i løpet av prosjektperioden som er ferdig 31.12.09.

Barne – og familiesenterprosjektet er ett av fire prosjekter i Kvalitetskommuneprogrammet. Prosjektgruppen er sammensatt av prosjektgruppeleder, 2 fra administrasjonen og 2 fagforeningsrepresentanter samt en brukerrepresentant. Styringsgruppa er sammensatt av tre parter: 3 fra administrasjon, 3 politikere og 3 fagforeningsrepresentanter samt prosjektleder.

#### **5. ORGANISERING AV ARBEIDET. FASER**

Prosjektgruppen hadde sitt første møte i november 2008, og møtes ca. 2 ganger i måneden. Prosjektplanen skal ferdigstilles i løpet av tidlig vår, og noen av tiltakene er i gang allerede.

Det planlegges en brukerundersøkelse i løpet av første halvår 2009 (før oppstart) som følges opp ca. 1 år etter oppstart for å vurdere effekten av tilbudet.

Prosjektgruppen legger planen fram for Styringsgruppen for endelig godkjenning. Styringsgruppen vurderer om evt. videre politisk behandling er aktuelt.

Oppstart av Barne- og familiesenteret planlegges i løpet av høsten 2009.

#### **6. RAMMER. TID OG PERSONELL**

Selve prosjektarbeidet krever deltakelse i møter ca. 2 ganger i måneden à 2 timer. Vi er da 5-6 deltakere og bruker en ressurs på 20 timer pr. mnd. Dette tas fra hver avdelings budsjett i og med at arbeidet gjøres i løpet av arbeidstiden. Det er avsatt litt lønnsmidler for de som går i turnus.

Barne- og familiesenteret drives innenfor de personellrammer som finnes i dag. Men det var planen at en ny stilling ble tilført driften. Dette var i utgangspunktet tenkt som en psykologstilling eller familieterapeut, men stillingsressursen kan også brukes fleksibelt ved for eksempel å kjøpe slike tjenester eksternt. Kommunens økonomiske situasjon vil være avgjørende for om en slik stilling skal tilføres.

Det vil også være behov for å trekke inn ressurser fra Familievernkontoret og frivillige lag og foreninger.

Noen av tilbudene innenfor PMTO og Marte Meo vil kreve ekstra ressurser. Dersom det skal satses på Delmål 2. Familieavdeling i Åpen barnehage – utvidet tilbud for risikofamilier, vil det kreve tilført ca. 50 % stilling. Dette er ofte barnevernstiltak da det handler om risikofamilier med rus, psykiatri el.l. Så her kan en vurdere en omfordeling av ressurser.

Opplæring av en PMTO - terapeut krever 40 % stilling i 1 ½ år. Vi har allerede utdannet en terapeut innenfor helsestasjonens stillingsramme, og trenger to til. Dette kan tas innenfor avdelingenes rammer, da terapeutene samtidig som de er i opplæring yter hjelp til familier.

Tiltak	Mulig omfordeling av ressurser	Behov friske midler
Delmål 1. Koordinering og ledelsesmodell	Ja/ alternativt kombineres med SLT stillingen	Modell 1. Nei Modell 2. 50% stilling Modell 3: 50 % stilling
Delmål 2. Familieavdeling i Åpen barnehage	Tilbudet gis i regi av barnevernstjenesten	50 % still.
Delmål 3. Utvikle kompetanse	Ivaretas av opplæringsmidlene	Nei
Delmål 4. Økt tilgjengelighet	Ivaretas ved omprioritering av oppgaver	Nei
Delmål 5. Veiledning i grupper og individuelt	ICDP ligger allerede innenfor rammene i Helsestasjonen. PMTO kan tas innenfor barnevernets rammer da dette vanligvis er et barneverntiltak	Det er ønskelig at det settes inn 50% stilling PMTO
Delmål 6. Utredning og behandling	Hjelpetjenestene ivaretar allerede noen oppgaver fordelt på alle enheter.	Kommunen får på sikt skjøvet over oppgaver som hittil er ivaretatt av 2. linjetjenesten. Det kan følge midler med en slik oppgaveforskyvning, jfr. Samhandlingsreformen.

## 7. Ledelsesmodell

Barne- og familiesenteret er en måte å samordne tjenestene bedre på. Til dette arbeidet kreves det en viss ledelse og koordinering av tjenestene som skal ytes i Barne- og familiesenteret.

Arbeidsoppgaver:

- Koordinere og samordne tjenester fra enhetene inn i Barne- og familiesenteret slik at brukere kan treffe de ulike hjelpetjenestene på en felles arena.
- Lede Veiledningsteamet, kalle inn til møtene, forberede saker, tilrettelegge og være sekretær for teamet.
- Systemarbeid som sikrer samordning og samhandling.

Det er flere måter å løse dette på og arbeidsgruppen vil skissere tre modeller i prioritert rekkefølge:

**Modell 1.** Ledende helsesøster leder Barne- og familiesenteret. Det avsettes ressurser fra alle tjenestene for å sikre tid til dette arbeidet, evt. økonomiske midler fra SLT tilføres dersom slike oppgaver kan ivaretas samtidig.

**Modell 2.** Det opprettes en egen stilling som leder av Barne- og familiesenteret i kombinasjon med familieterapi-oppgaver.

**Modell 3.** Vi starter opp med modell 1 og går over til modell 2 når det er økonomisk mulig. Ledergruppen for Hjelpetjenestene skal ha det overordnede administrative ansvar for Barne- og Familiesenteret.

## 8. Evaluering

Planen evalueres første gang ett år etter oppstart.

## 9. Vedlegg

Oppvekstplanen  
Prosjektplan for KKP