

Tillsammans för alla barns bästa

Framtidens arbetssätt i Örebro län

Tillsammans för alla barns bästa
Framtidens arbetssätt i Örebro län

Anders Trumberg

2018-11-27
Rapport: 2018-02
Dnr: 18RS9115

Innehåll

1.	Inledning.....	4
1.1	Rapportens syfte och innehåll	4
2.	Historik	5
3.	Vad är unikt?	6
4.	Getting It right for Every Child (GIRFEC)	8
4.1	"Named person" och "Lead professional"	8
4.2	Modellens olika delar	10
4.2.1	Steg 1 – Indikatorer för barn och ungas välmående... ..	11
4.2.2	Steg 2 – My world triangle.....	13
4.2.3	Steg 3 – Resilience matrix	14
4.2.4	Steg 4 – Summera risker och behov gentemot indikatorer	15
4.2.5	Steg 5 – Childs plan	15
4.2.6	Steg 6 – Utvärdering	16
5.	Resultat av arbetet i Skottland.....	16
6.	Vilka förändringar behövs i Örebro län?	17
7.	Referenser.....	19
8.	Bilagor	20
	Bilaga 1 – Välbefinnandehjulet (svensk version).....	20
	Bilaga 2 – My World Triangle	21
	Bilaga 3 – Min världstriangel (svensk version)	24
	Bilaga 4 – Motståndskraftsmatris (svensk version)	26

1. Inledning

Under år 2017 genomfördes en studieresa till Dundee i Skottland med syfte att närmare studera den skotska modellen kallad *Getting it right for every child* (GIRFEC). På studieresan deltog 18 tjänstepersoner från Örebro län (socialchefer, skolchefer och verksamhetschefer från Psykiatri för barn och unga). SKL har också vid ett flertal tillfällen uppmärksammat GIRFEC och lyft fram det som ett framgångsrikt exempel på utvecklingsarbete gällande tidiga insatser riktat till barn och unga (Gustavsson 2017). Ur detta studiebesök bildades en styrgrupp för att undersöka om den skotska idén om upplägg och organisation skulle kunna vara tillämpbart för Örebro län och i så fall hur detta utvecklingsarbete ska se ut.

Bakgrunden är att Örebro län behöver utveckla samordning och ansvarsfördelning mellan skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård för att kunna arbeta mer effektivt mot det växande behovet hos barn och unga. Det ökade behovet kräver tillskapande av tillgängliga tjänster och stöd nära barnet samt att skola, socialtjänst och hälso- och sjukvården utvecklar ett gemensamt teoretiskt ramverk för detta arbete. Det innebär att den modell som Skottland har tagit fram kan tjäna som en förebild och inspiration åt den utmaning som Örebro län står inför.

För att ta reda på hur stort intresset är och vilka förutsättningar som finns för att kunna initiera ett utvecklingsarbete så görs under 2018-2019 en förstudie med syfte att också undersöka om det skulle gå att genomföra ett eller flera pilotprojekt i någon eller några av kommunerna i Örebro län. Denna rapport ska ses som den första delen i detta arbete.

1.1 Rapportens syfte och innehåll

I nuläget startas det olika projekt i Örebro län som har Skottlandsmodellen som förebild. För att kunna göra en kraftsamling och arbeta effektivt på regional nivå behövs en klarare bild av vad Skottlandsmodellen innebär och hur den fungerar samt vad som egentligen är det unika med modellen och arbetssättet. Denna rapport redogör för innehållet och formerna i den skotska modellen med det övergripande syftet att skapa en gemensam bild av vad modellen innebär och hur den ser ut och vad som egentligen är unikt.

2. Historik

Skottland är ett relativt litet land¹ med runt 5 miljoner invånare. Den mer urbana delen sträcker sig som ett bälte över de centrala delarna medan lågländerna mer kan karakteriseras som ett landsbygdsområde. Högländerna och de öar som tillhör Skottland är mer sparsamt befolkade. Allt sedan år 1707 har Skottland varit en del av Storbritannien och Skottland har därmed inte fullt ut kunnat styra och utforma egna lagar och riktlinjer. Men sedan slutet av 1990-talet har självbestämmandet ökat i de tre regionerna Skottland, Wales och Nordirland och de har fått ökat bestämmande över olika former av politikområden med syfte att bättre kunna anpassa politiken för de lokala behoven (Coles. Et.al 2016).

Skottland har haft och har fortfarande stora problem gällande socioekonomiska skillnader vilket drabbar barn och unga särskilt hårt. Till exempel levde år 2013-2014 en femtedel av alla barn i Skottland i vad som klassades som fattigdom. Områden där den traditionella industrin har lagts ned har drabbats hårt och det finns områden där barnfattigdomen är särskilt hög. Samtidigt har det inneburit att det finns en stor medvetenhet om problemen och den skotska regeringen har under lång tid arbetat med dessa frågor. Blickarna har bland annat riktats mot Sverige och den välfärdsolitik som byggdes upp under andra hälften av 1900-talet. Målet är och har varit att forma ett mer generellt och övergripande välfärdsystem med mer tidiga insatser och fokus på att möta olika behov. De vill säga fokus ligger på barnet, barnets rättigheter, välbefinnande och utveckling och där behov och risk ses som två sidor av samma mynt².(Coles et.al. 2016)

Skottland har på det sättet skilt ut sig jämfört med övriga områden i Storbritannien. Förändringen kan spåras tillbaka till den sk. Kilbrandon rapporten (1964). Syftet med rapporten var att utreda hur Skottland skulle komma tillrätta med hur det juridiska systemet behandlade barn och unga i kriminalitet samt de fall där barn och unga behöver olika typer av sociala insatser eller vårdinsatser utanför hemmet. Den övergripande tanken var att sätta fokus på barnet och att samhället ska försöka möta barnets behov och också lyssna på barnets synpunkter. Men samtidigt fanns redan då en mer holistiskt angreppssätt där barnets familj och den miljö barnet befann sig i spelade en viktig roll som lösning på problemet. Därmed förordnades också förebyggande insatser men också insatser kopplat till skola och utbildning som

¹Enligt EU: Storbritannien består av fyra länder: England, Skottland, Wales och Nordirland. Skottland, Wales och Nordirland har självförvaltning med varierande befogenheter (Internet 3, i källförteckningen)

² Till skillnad mot de system som finns i t.ex. U.S.A. och övriga Storbritannien som karakteriseras av tanken om att skydda familjen, fokus på föräldrars rätt och där eventuella interventioner sätts in i ett senare skede. Där finns också en klar distinktion mellan vad som ska kategoriseras som ett behov eller en risk.

lösningar för att kunna leva upp till barnets behov (Scottish home and health department, Scottish education department 1964).

Tankesättet i *Getting it Right for every Child (GIRFEC)* kan på det sättet spåras tillbaka till Kilbrandon rapporten (1964) som också rekommenderade ökat samarbete mellan olika verksamheter för att möta barnets olika behov. Utvecklingen i Skottland har på senare år baserats på olika riktlinjer och policys med syfte att öka samarbetet och fokusera på barnets behov av stöd, t.ex. ”Childrens rights at its core” (1989) som influerades av barnkonventionen, *The Children act* (1995) som reglerade lagar och regler centrerade kring olika verksamheter och ”For Scotland’s children: Better integrated children services (2001), en policy text som gav förslag på skapandet av en enhetlig system/organisation riktad till barn och unga (Coles et.al 2016).

Utvecklingen i Skottland under 1960-talet kan ses som en start på en rad olika reformer som hade det gemensamma att de satte barnets behov i fokus. Det enskilda barnet sågs som en aktiv agent, med rättigheter och vars liv skulle ses mer holistiskt, dvs. som en del av ett sammanhang i relation till familjemedlemmar, övergripande social miljö, skolan etc. Ett synsätt som också krävde bredare, förebyggande och mer grundläggande insatser med målet att nå flera delar av den kontext som barnet befinner sig i. De olika reformerna ledde så småningom fram till och har samlats i arbetet med GIRFEC, vars synsätt och metoder lagstodgades från och med år 2014.

3. Vad är unikt?

GIRFEC är generell, den gäller alla barn och är kopplad till den miljö där barnet befinner sig, de vill säga modellen, personerna och eventuella insatser finns och ska verka nära, i barnets vardag. Även om långt ifrån alla barn blir föremål för insatser så genereras en kunskap hos barnen kring modellen och en självmedvetenhet kring de behov som behöver uppfyllas för att de ska må bra. Detta sker främst genom att barnen själva arbetar med modellens åtta delmål i skolan, genom grupparbeten och diskussioner.

I Skottland finns också socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola samlat under samma organisation. De vill säga de delar av socialtjänsten och hälso- och sjukvården som riktar sig barn och unga upp till 25 år samt förskola, skola är samlat under en förvaltning kallad ”Care and Learning”. Det innebär bland annat att styrning och samordning av verksamheten blir enklare och att kampen om ekonomiska resurser inte blir lika stor. Organisationen är på så sätt bättre anpassad utefter barn och ungas behov.

Styrkan med GIRFEC är att modellen, genom kontinuerlig uppföljning av alla barn kan användas för att arbeta förebyggande och stödjande, sätter fokus på barnet och kontexten barnet befinner sig i och att samma tankesätt används av alla verksamheter som är involverade runt barnet. Det blir på så sätt ett samarbete och en samstämmighet kring vad som bör göras och barnet riskerar inte att hamna i kläm mellan olika verksamheter. Barnet och dess familj vet också var de kan höra av sig eftersom det finns en bestämd person som har ansvaret.

Barnet och familjen är med i hela processen, vid analys av problem, vad som ska göras och hur och när det ska utföras. Detta innebär att information från barnet och familjen utgör en viktig del i det underlag som ligger till grund för eventuella åtgärder. Det innebär också att åtgärden blir mer effektiv och hållbar över tid då den sker i samförstånd med dem som är föremål för åtgärden. Tjänstepersonerna kan också lättare särskilja på vad som är viktigt och kan på så sätt göra en bättre värdering av allt insamlat material kring barnet och dess familj. I övrigt finns en rad andra fördelar med att låta barnen och familjen delta i processen, till exempel (Aldgate & Rose 2009):

- Barnet och familjen förstår lättare varför de bör dela information med tjänstepersonerna.
- Alla inblandade kan hjälpa till för att se om åtgärderna har haft någon betydelse för barnet och/eller familjen
- Garanterar att tjänstepersoner uppträder professionellt gentemot barnet och familjen.
- Effekten för barnet och familjen blir bättre även i svårare fall där det behövs omfattande åtgärder.
- GIRFEC identifierar inte bara risker utan också olika skyddsfaktorer i ett barns liv.

Modellen innebär också att:

- Olika delar kopplat till barnets och familjens välmående vägs in och hanteras på ett tidigt stadium. Ökat välmående ligger sedan till grund för skolprestation och ett bättre framtida liv.
- Fokus läggs på förebyggande och stärkande insatser där alla inblandade pratar samma språk.
- Det blir lättare för Rektorer (Named person) att fullgöra sitt uppdrag enligt skollag då de också förfogar över de verktyg som behövs för att hantera brister runt barnens behov.
- Barnet blir medvetet om sina behov och kan reflektera över dessa vilket bygger resiliens och självkänsla.

- Rektor kan forma rollen som Named person efter lokala förutsättningar på sin skola, de vill säga rektor bygger sin egen organisation, men det är det ändå rektor som är ytterst ansvarig som Named person.
- Named person har kontakt med ett team som består av personer med social- och hälso- och sjukvårds kompetens. Teamet finns nära Named Person och det är alltid samma personer som har kontakt med varandra, vilket ger tillit och en teamkänsla.

4. Getting It right for Every Child (GIRFEC)

I detta avsnitt görs en redogörelse av GIRFECs olika delar. Modellens sista steg utmynnar i en Childs plan (barnplan eller barnets plan). Det är dock viktigt att tänka på att skola, socialtjänst och hälso- och sjukvården i Skottland arbetar tillsammans i samma förvaltning. I Sverige finns en viss samverkan vid olika insatser till exempel vid Samordnad individuell plan (SIP) som kan liknas vid steg 5 i modellen. Det finns också liknande modeller så som Barns behov i centrum (BBIC) som kan liknas med ”My world triangle”, steg 2 i modellen. I Skottland arbetar dock olika professioner kontinuerligt och mer integrerat med varandra i en verksamhet, med en gemensam modell. Det innebär att de olika professionerna är en del av hela processen, har daglig kontakt med Named person, pratar samma språk och har barnens behov i centrum hela tiden oavsett om det gäller små eller stora insatser.

4.1 ”Named person” och ”Lead professional”

För att stötta både barn och föräldrar finns en så kallad ”Named person” utsedd till varje barn. Den personen har det övergripande ansvaret för att identifiera och agera utifrån de behov av stöd som barnet har. Det är en funktion som kan bäras av BVC-sköterska, förskolechef, rektor eller annan person som finns i barnets närhet. Dessa skiftar också allteftersom barnet blir äldre. Ansvaret är att hjälpa barnet eller vårdnadshavarna i att få den hjälp de behöver. Om barnet eller familjen behöver hjälp, råd eller att samtala om något de oroar sig för så har de en ingång, en person som de ska kunna vända sig till. Named person kan till exempel bara ha som funktion att lyssna på barnet och familjen, ge råd eller också ge mer direkt hjälp genom att t.ex. ordna med en språk och talpedagog om en sådan behövs. De är alltså också i kontakt med andra enheter och funktioner utefter barnets och familjens behov t.ex. speciallärare, elevhälsa, socialtjänst och hälsovård.

Named person tar inte över vårdnadshavarnas ansvar, utan det handlar mer om att barnet själv och alla som finns i barnets närhet ska veta vilken person de ska vända sig till om barnet behöver hjälp och stöd och kunna lyfta eventuell oro de har kring barnet. Named person har dock ansvar att följa barnet och ska hålla kontinuerlig kontakt med barnet för att se att alla barnets behov är tillgodosedda. . I Skottland

finns en Named person för alla barn från födsel till barnet fyllt 18 år. De första 11 dagarna efter födseln är det barnmorskan som har detta ansvar, sedan flyttas ansvaret över till en person på barnhälsovården³ (Health inspector). Skottlandsmodellen förankras också med föräldrarna under de hembesök som görs av barnhälsovården. Efter barnet fyllt fem år övergår ansvaret till rektor på förskola/skola och följer sedan de rektorer på de skolor som barnet går. En Named person kan inte avsäga eller lämna över ansvaret för barnet/barnen till någon annan. En rektor kan dock inte hålla koll på alla barnen på skolan men ansvaret åligger att ta itu med de saker som lyfts av klasslärare, föräldrar eller barnet själv. I Skottland finns på gymnasienivå särskilda lärartjänster som enbart ska se till barnens välbefinnande och följa upp barnet under terminerna så kallade Guidance teachers, i svensk kontext kan det ses som blandning mellan kurator och mentorstjänst. Named person kan sedan använda sig av fem grundläggande frågor för att se om barnets behov av stöd kan lösas inom den egna verksamheten. Om inte, tar Named person kontakt med det team där social- och hälso- och sjukvårdskompetensen finns, detta team finns nära och stöttar Named Person i dennes arbete samt hjälper till med bedömning och beslut.

De fem grundläggande frågorna:

- Vad står i vägen för detta barns välmående?
- Har jag all information jag behöver för att hjälpa detta barn?
- Vad kan jag göra nu för att hjälpa detta barn?
- Vad kan den verksamhet jag arbetar för göra för att hjälpa detta barn?
- Vilken ytterligare hjälp kan behövas från andra verksamheter?

Har barnet syskon ska även kontakt tas med deras Named person för att kunna säkerställa att även syskonen ska få en god start i livet (lagergren, 2017).

När fler aktörer samverkar kring barnet och arbetar med de olika stegen i modellen (se 3.1 och framåt) utses från och med steg 5 en ansvarig Lead Professional. Ansvaret ligger hos den personen fram tills situationen kring barnet är helt löst, därefter återgår ansvaret till den namngivna personen. Från barnets och vårdnadshavarnas sida är det en person som de hela tiden har kontakt med.

³ Barnhälsovården gör 12-14 hembesök fram till barnet är 5 år och börjar i skolan.

4.2 Modellens olika delar

Syftet med GIRFEC är att stödja barns välmående så att alla barn och unga 0-18 år kan nå sin fulla potential som vuxna. Det övergripande målet är att stödja utvecklingen för att alla barn ska kunna bli (se figur 2, för svensk version se bilaga 1):

- Successful learners
- Confident individuals
- Effective contributors
- Responsible citizens

För att nå de övergripande målen är GIRFEC indelad i sex olika delar som syftar till att få en helhetssyn över barnets välmående. Långt ifrån alla barn blir föremål för dessa ”steg” de initieras bara om någon har identifierat att barnet behöver stöd och hjälp. Det innebär också att de flesta behov kan lösas direkt genom insatser av skolan, t.ex. anpassning av lärmiljö eller specialpedagogiska insatser, utan att behöva gå igenom alla steg och ta fram en Childs plan. Så även om alla barn omfattas av GIRFEC så är det en minoritet av barnen som har en Childs plan.

1. En modell över olika indikatorer för barn och ungas välmående används med syfte att identifiera och dokumentera vilka typer av åtgärder som behövs.
2. ”My world triangle” används för att inhämta mer detaljerad information om barnets livssituation och behov.
3. ”Resilience matrix” används som hjälp att organisera och analysera den inhämtade informationen.
4. Olika risker och behov summeras gentemot indikatorerna (i steg 1) för barn och ungas välmående.
5. En plan konstrueras och olika åtgärder genomförs.
6. Planen utvärderas kontinuerligt och förändras efter behov.

Genom de olika stegen innehåller på så sätt också GIRFEC verktyg för att strukturera och lagra information. Det underlättar för olika verksamheter att utveckla ett gemensamt arbetssätt och kultur kring hur de ska arbeta och förstå barnets olika behov. När planen är klar (steg 5) utses en så kallad ”Lead professional” vilket kan vara någon person i de verksamheter som är involverade i arbetet med att upprätta planen. Lead professional har som uppgift att se till att planen genomförs, att barnet och vårdnadshavare förstår vad som kommer att ske vid varje insats, att planen är uppdaterad, korrekt och att regelbunden utvärdering sker. Lead professional ska också hålla kontakt med och arbeta nära barnets ”Named Person”.

Nedan följer en genomgång av de olika stegen och de modeller som är kopplade till dessa sex olika steg. Det tål dock att påpekas att långt ifrån alla barn går igenom alla

olika steg, ofta räcker det med steg 1 eller 1-2. Det är alltså en liten del av alla barn som bedöms ha en så allvarlig situation att de går hela vägen och blir aktuella för steg 6.

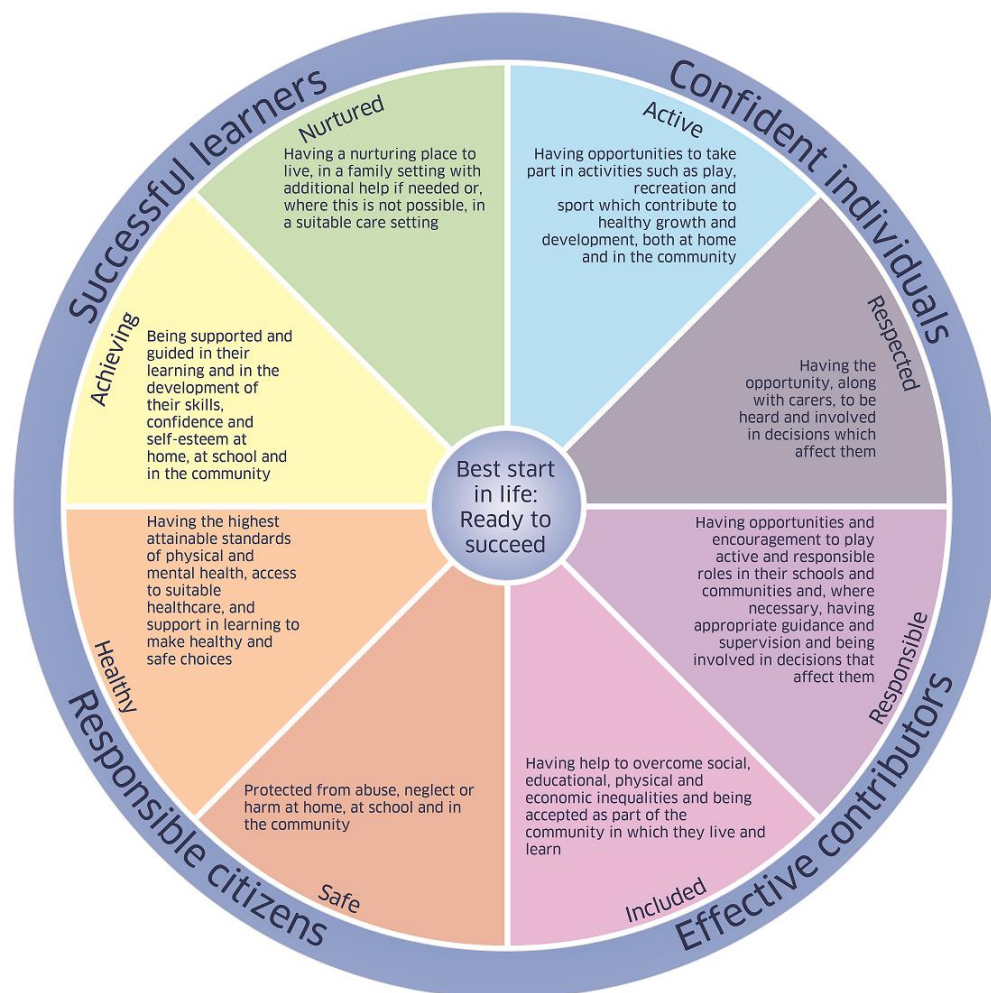
4.2.1 Steg 1 – Indikatorer för barn och ungas välmående

I det första steget används en modell med olika indikatorer som beskriver de behov som behöver uppfyllas för att barnet ska kunna utvecklas på ett bra sätt. Indikatorerna/behoven används för att dokumentera och dela information för att eventuellt arbeta med olika åtgärder kring barnet och/eller dess familj. Modellen består av åtta olika indikatorer som kopplas till de fyra övergripande målen med GIRFEC. Indikatorerna förkortas till SHANARRI (figur 1) vilket är den akronym som används för att beskriva den första bedömningen av ett barns livssituation, vilket redogör för om barnet ges de förutsättningar som det behöver eller om andra åtgärder behöver tillkomma genom upprättandet av en så kallad barnets plan (child plan).

S (<i>safe</i>)	trygg
H (<i>healthy</i>)	hälsosam
A (<i>achieving</i>)	prestera utifrån sin potential
N (<i>nurtured</i>)	omvårdnad och omsorg
A (<i>active</i>)	aktiv
R (<i>respected</i>)	respekterad
R (<i>responsible</i>)	ansvarstagande
I (<i>included</i>)	inkluderad

Figur 1: Indikatorer i välbefinnandehjulet (källa: Lagergren 2017)

Indikatorerna ingår i välbefinnandehjulet (figur 2) och utgör grunden för en första bedömning. Indikatorerna är framtagna för att det ska kunna vara så enkelt som möjligt att tidigt identifiera olika behov som inte blivit tillgodosedda och som påverkar barnets välmående på ett negativt sätt. Genom användning av indikatorerna går det relativt enkelt att strukturera upp analysen och ringa in eventuella behov som bör stärkas upp, men också områden där det fungerar bra och där inga ytterligare insatser behövs. Indikatorerna kopplas till de fyra övergripande målen *Successful learners, confident individuals, Effective contributors* och *Responsible citizens*. Om dessa fyra övergripande mål är uppnådda så kan också modellens kärna uppfyllas som är att ge alla barn en bra start i livet som i sin tur leder till bättre framtida livschanser.



Figur 2: Indikatorer för barn och ungas välmående
(källa: Scottish government 2010)

De fyra huvudmålen (yttersta cirkeln) bryts ned till åtta delmål (tårtbitarna i den inre cirkeln) med satta mål, och det är dessa som används för identifiering av barnens behov.

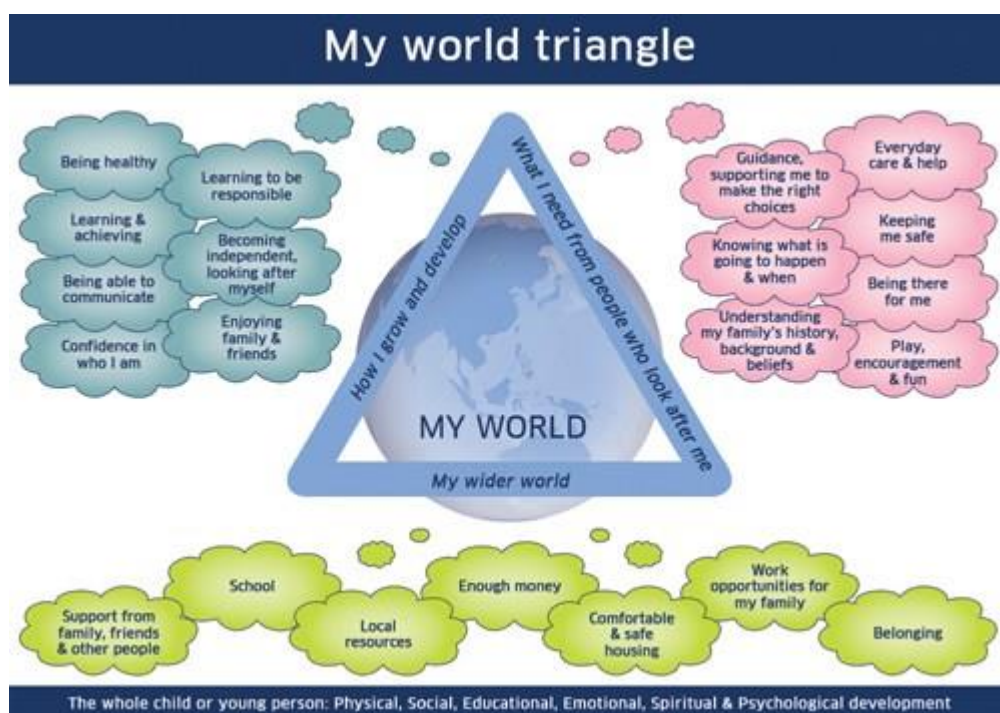
Tanken med GIRFEC och välbefinnandehjulet är att sätta barnet och dess familj i fokus. Barnet (och familjen) ska vara *delaktiga i alla beslut* som tas. Det vill säga barnet och familjen ska vara med i analysen när välbefinnandehjulet används.

Besluten som tas ska *fokusera på barnets välmående*, enligt de åtta indikatorerna, så att rätt stöd kan sättas in vid rätt tidpunkt. Identifikation av behov, beslut och de stödinsatser som sätts in ska ske *så tidigt som möjligt* för att undvika att behoven ackumuleras över tid och blir svårare att möta, de vill säga GIRFEC premierar tidiga insatser.

Modellen kräver också att olika *verksamheter arbetar tillsammans kring barnet*, det handlar om barn och unga samt deras vårdnadshavare samt den service de behöver för att möta det egna behovet och därmed öka barnets välbefinnande. Det innebär att alla inblandade verksamheter så som elevhälsa, socialtjänst och hälsovård måste arbeta tillsammans för att möta upp dessa behov (Scottish Government 2010).

4.2.2 Steg 2 – My world triangle

Om ett barns behov är av mer komplex natur blir det viktigt att se mer i detalj vad behovet består i och vad som händer i barnets omvärld. Användningen av steg två i modellen hjälper till att se om det behövs mer unik information, som ofta behöver insamlas från externa specialistfunktioner. Modellen beskriver olika behov, risker, styrkor och välmående faktorer som barnet har eller som finns i barnets närmiljö. Modellen bidrar till ett systematiskt tänkande kring hur ett *barn växer och utvecklas*, vad barnet behöver från den *nära familjen som tar hand om barnet* och från individer som finns i *den vidare kontexten*, t.ex. vänner eller övriga samhället (Internet 1).



Figur 3: My world triangle, (källa: Internet 1)

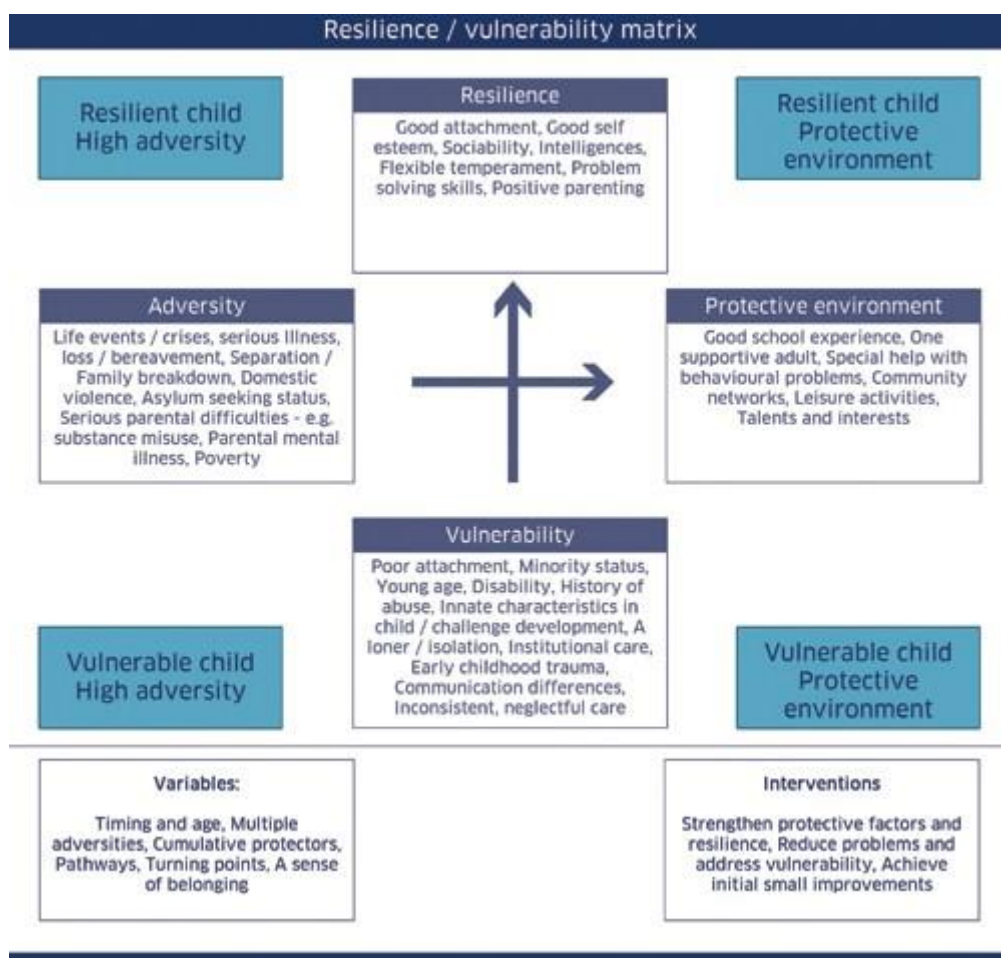
Det finns också beskrivningar över varje sida i triangeln som ger information hjälper till i hur man ska hantera och värdera de saker som beskrivs i de olika "molnen" (se bilaga 3).

Denna triangel är en modell för att systematiskt samla in mer detaljerad information kring barnets olika behov. My world triangle säkerställer ett holistiskt tänkande kring barnet där den kontext som barnet befinner sig i spelar en viktig roll och påverkar den

aktuella situationen. Modellen innehåller sju olika fördjupningsområden som ska beaktas i bedömningen av barnets uppväxtförhållanden. Alla områden i triangeln behöver inte undersökas utan det som ska analyseras avgörs av vad som har förorsakat oron för barnet och hur utfallen har blivit av analysen i steg ett (Lagergren 2017).

4.2.3 Steg 3 – Resilience matrix

Med resiliens menas motståndskraft eller förmågan att kunna klara och återhämta sig från olika kriser. Modellen används för att sortera, organisera och analysera den fakta som tagits fram i steg två och väga olika faktorer mot varandra. Genom att gruppera information som tagits fram i steg två går det att se olika risker som påverkar ett barns välmående jämfört med olika skyddsfaktorer och därmed blir det också tydligare vad som behöver stärkas upp och vilka insatser som behöver göras. Det synliggör också balansen mellan risker och skyddsfaktorer vilket kan användas för att prioritera olika åtgärder.



Figur 4: Resilience matrix (källa: Internet 2), för svensk version se bilaga 4

Modellen tydliggör vilka risker men också vilket skyddsnät barnet redan har, genom matrisen åskådliggörs vilka förutsättningar som finns och behövs för att barnet ska kunna klara av nuvarande och framtida svårigheter. Ibland klarar barnet dessa kriser trots att förutsättningarna för det inte är så bra som förväntat. Denna motståndskraft är något som barnet behöver utveckla och stärka (Lagergren 2017).

Ovanstående matris ska användas objektivt av olika yrkespersoner för att de tillsammans ska komma fram till olika grupperingar av styrkor och svagheter hos barnet vilka har framkommit ur föregående My world triangle och sedan kunna bestämma inom vilka områden som olika insatser ska sättas in. Genom att väga riskerna mot barnens motståndskraft (resiliens) går det också att relativt tidigt identifiera risker som kan leda till större framtida problem. Den bedömning som sedan görs utefter matrisen bygger mycket på de inblandade personernas yrkeskunnande och personliga kännedom om barnet och dess förhållanden. Bedömningen ska sedan genom steg 4-5 leda fram till vilka eventuella åtgärder som behöver sättas in och hur de ska prioriteras (Lagergren 2017).

4.2.4 Steg 4 – Summera risker och behov gentemot indikatorer

När all information har blivit insamlad, analyserad enligt ovanstående steg används återigen indikatorerna för barn och ungas välmående, dels för att hjälpa barnet, familjen och tjänstepersonerna att identifiera de områden som ska bli föremål för olika typer av insatser, men också för att beskriva vad som behöver ändras på. Summeringen blir också ett underlag för att mer i detalj utforma olika typer av insatser, vilket utgör en bas för en senare utvärdering av insatserna. Analysen görs främst av de som har expertkunskap i teamet bakom Named person.

4.2.5 Steg 5 – Childs plan

I GIRFEC har barnet endast en plan, vilket utgörs av en beskrivning av barnets behov vilka insatser som ska göras och vilka som har ansvar för insatserna. Planen är gemensam för alla inblandade professioner (pedagogisk personal, socialtjänst, elevhälsa, psykolog etc.) Genom att bara använda en plan så innebär det i praktiken att tjänstepersonerna måste tänka utanför ramarna inom sin verksamhet. Eventuella andra planer som finns ska sammanföras och integreras vilket gör att tjänstepersoner från olika verksamheter måste samarbeta och kan på så sätt också dra nytta av varandras kunskaper.

Planen ska innehålla:

- Orsaker till att planen upprättas
- Vilka som deltar i arbetet med planen
- Barnets och vårdnadshavarnas syn på processen och på den upprättade planen
- Summering av barnets behov

- Vad som behöver göras för att barnet ska kunna få sina behov tillgodosedda
- Detaljerad beskrivning av vilka insatser som ska göras och på vilket sätt de ska utföras
- Vilka resurser behövs för att genomföra insatserna?
- Tidplan för insatser och för förväntad effekt av insatserna
- Plan för förväntat utfall, vilket ska inkludera en riskbedömning
- Hur ska planen utvärderas?
- Om nödvändigt: vad ska lead professional göra?
- Om så behövs, beskrivning av eventuella grundläggande åtgärder

Planen ska också innehålla skrivningar om:

- Finns det eventuella risker?
- Finns det några risker av skadligt beteende gentemot barnet eller att barnet själv uppvisar ett beteende med potentiell skaderisk, vad triggar ett sådant beteende?
- Vilken risknivå finns idag och hur påverkar den barnet och andra personer i dess närhet?

4.2.6 Steg 6 – Utvärdering

För att veta om planen har haft någon effekt är det viktigt att utvärdera den. Det görs kontinuerligt eftersom utvärderingarna ger information om eventuella förändringar under själva processen. Utvärderingen görs tillsammans med barnet, familjen och tjänstepersonerna. Utvärderingen utgår från fem olika frågor:

- Vad har förbättrats i barnets livsmiljö?
- Här något blivit värre?
- Har syftet och den tänkta effekten av planen uppnåtts?
- Om inte, finns det något i planen som ska förändras?
- Kan vi fortsätta med aktiviteterna i planen under nuvarande tillstånd/livsmiljö?

5. Resultat av arbetet i Skottland

Resultatet i och med arbetet med GIRFEC utvärderas kontinuerligt då arbetet hela tiden utvecklas. Ofta är utvärderingarna specifika och gäller en yrkesgrupp eller en del av GIRFEC arbetet. I de Skotska högländerna där arbetet började sågs redan efter ett par år olika resultat. Till exempel att barn 0-15 år som registrerades i systemet för barn i behov av olika typer av åtgärder/skydd (Child protection register⁴) minskade från 3 barn av 1000 till 1,5 barn av 1000 och att antalet nya registreringar föll från 2,5

⁴ Child protection register (CPR): ett register över alla barn som har identifierats som att vara i risk för skada eller risk för fortsatt skada. Registret administreras av de lokala myndigheterna. För mer info se: Internet 4, i källförteckningen.

barn per 1000 till 0,8 barn per 1000. Samtidigt som det totala antalet nya registreringar i Skottland ökade från 2,5 barn till 3,1 barn av 1000 (The Scottish Government, 2009). Senare utvärderingar visar på att antalet omhändertaganden av barn har minskat och att ungdomsbrottsligheten i högländerna gått ned från runt 800 brott utförda av barn och unga år 2005 till 190 brott år 2016. Rent organisatoriskt ses också GIRFEC bidra till att antalet möten har gått ned, vilket har lett till att byråkratin kring barn och unga har minskat och att beslutsprocessen går snabbare (Lagergren 2017, The Scottish Government, 2010). De vill säga hjälpen blir mer tillgänglig och ges på ett enklare sätt till flertalet barn utan myndighetsutövning. Barn i behov av stöd upptäcks också tidigare och resurserna används mer riktat mot barnens behov och med en mer förebyggande och generell/universal nivå av insatser dvs. om det behövs specialistvård/insatser så kommer de senare i processen, de flesta barn klarar sig med de insatser som finns tillgängliga på en generell/universell nivå (The Scottish Government, 2010).

6. Vilka förändringar behövs i Örebro län?

I Skottland har denna förändring tagit runt 20 år och även om man kommit långt så pågår processen fortfarande. Nyckelfaktorer är att de har lyckats samla de verksamheter som ingår inom en och samma enhet med en budget. I regionen Highlands finns till exempel enheten Care and learning som har ansvar för förskola, skola och de delar inom socialtjänsten och sjukvården som riktar sig mot barn och unga. De har med andra ord lyckats bygga en organisation som i första hand är anpassad till barn och ungas behov, inte en organisation som är byggd utefter organisationens egna behov. Organisationen utgår och arbetar efter en modell och genom denna har de också lyckats bygga en gemensam kunskapsbas och en gemensam kultur kring arbetet med barn och unga.

Att implementera en liknande modell kräver en gemensam kulturförändring och ett delvis nytt synsätt på hur vi ska arbeta gentemot barn och unga. Det gäller att skapa tillitsfulla relationer mellan olika verksamheter, mellan deltagare i teamen och andra aktörer i modellen (det sociala nätverket kring barnen, anhöriga etc.). Denna förändring är en förutsättning för att kunna arbeta på ett nytt sätt och det kommer säkerligen att ta tid att skapa denna tillit. Mer tekniska och praktiska problem till exempel sekretessproblematik, dokumentation etc. går att hantera genom till exempel samtycke och att involvera familjerna i processen. Det är en förhoppning att de mer tekniska problemen kommer att kunna lösas inom ramen för de pilotprojekt som förslagsvis kommer att genomföras i någon/några kommuner i regionen.

En nyckelfaktor är att det krävs ett starkt ledarskap som har möjlighet och mandat att hålla i och hålla ut för att kunna genomdriva en förändring på alla nivåer. Men även

en medvetenhet och vilja till förändring från personalen som de facto ska arbeta med barn och unga (skola, socialtjänst och sjukvård).

Ett fullt utbyggt system innebär en omorganisation av hälso- och sjukvård, socialtjänst, elevhälsan och skolornas arbete. Rektors roll kommer också att förändras men då rektor redan idag har ansvaret för barns välbefinnande, ansvar för elevhälsa, kontakter med socialtjänst och i vissa fall även hälso- och sjukvård så kommer denna istället i egenskap av Named Person att förfoga över fler och bättre verktyg för att kunna göra något för att förändra barnets situation och uppfylla barnets olika behov.

I rapport nummer två kommer bland annat förändringsbenägenheten i skola, socialtjänst och sjukvård att undersökas men även hur ledning och styrningsfunktionerna tänker kring en möjlig implementering av en GIRFEC-modell. Efterföljande rapport kommer på så sätt visa på förutsättningarna för kommande arbete med eventuella pilotprojekt någonstans i Örebro län.

7. Referenser

Aldgate. J. Rose. W. (2009) *Assessing and managing risk in Getting it right for every child*, version 1.3, Children Young people and social care, Scottish Government, 2009

Coles. E. Cheyne. H. Rankin. J. Daniel. B. (2016) Getting it right for every child: A national policy framework to promote Children's well-being in Scotland, United Kingdom, *The Milbank Quartely*, vol 94, 2: 334-365

Gustavsson M. (2017) Rapport från studieresa till Skottland – Getting it right for every child, Region Örebro län, Rapport, 2017-11-13

Lagergren E. (2017) Skottlandsmodellen- Getting it right for every child, Region Kronoberg 2017

The Scottish Government (2009). Changing professional practice and culture to get it right for every child- an evaluation of the development and early implementation phases of Getting it right for every child in the Highlands: 2006-2009, Scottish gov. 2009

The Scottish Government (2010). *A guide to implementing Getting it right for every child: messages from pathfinders and learning partners*, Scottish gov. 2010

Scottish home and health department, Scottish education department (1964) *Children and young persons- Scotland*, Her majesty's stationary office, Edinburgh 1964

Internet:

Internet 1: <https://www.gov.scot/Topics/People/Young-People/gettingitright/national-practice-model/my-world-triangle>, 2018-09-17

Internet 2: <https://www.gov.scot/Resource/0040/00408984-500.jpg>, 2018-09-17

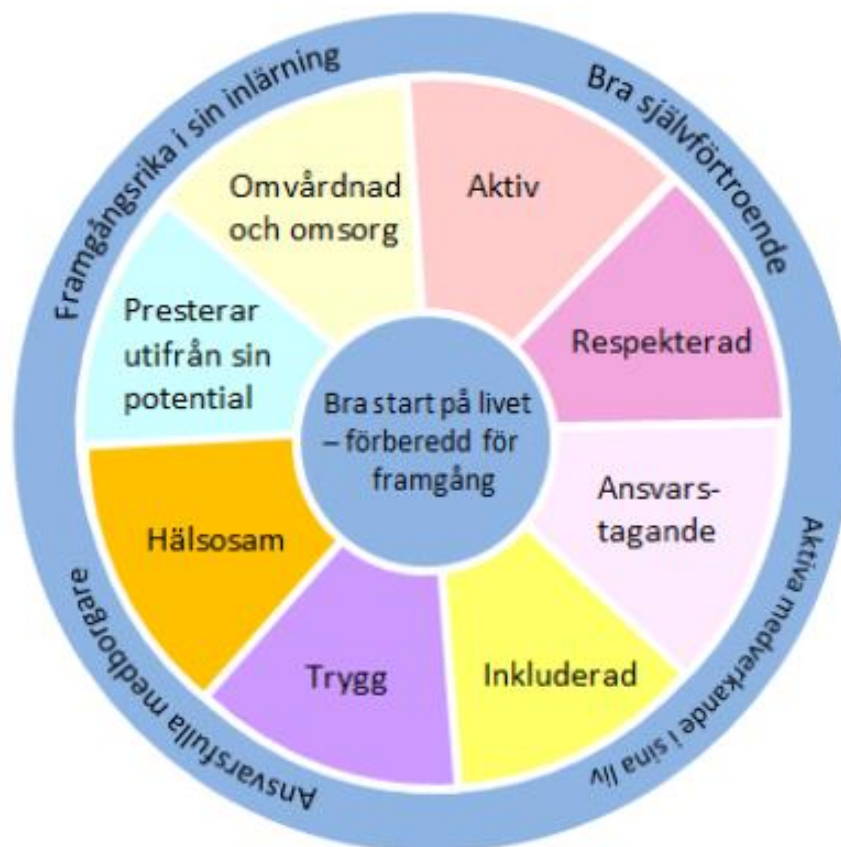
Internet 3: https://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/unitedkingdom_sv, 2018-11-26

Internet 4: <https://learning.nspcc.org.uk/child-protection-system/scotland/#heading-top>, 2018-11-26

8. Bilagor

Bilaga 1 – Välbefinnandehjulet (svensk version)

(Källa: Lagergren 2017, sid 9)



Bilaga 2 – My World Triangle

(Källa: Internet 1)



What I need from people who look after me

Everyday care and help

This is about the ability to nurture which includes day-to-day physical and emotional care, food, clothing and housing. Enabling healthcare and educational opportunities. Meeting the child's changing needs over time, encouraging growth of responsibility and independence. Listening to the child and being able to respond appropriately to a child's likes and dislikes. Support in meeting parenting tasks and help carers' own needs.

Keeping me safe

Keeping the child safe at home; exercising appropriate guidance and protection outside. Practical home safety such as fire guards and stair gates, hygiene. Protecting from physical, social and emotional dangers such as bullying, anxieties about friendships. Is the care-giver able to protect the child consistently and effectively? Seeking help and solutions to domestic problems such as mental health needs, violence, offending behaviour. Taking a responsible interest in child's friends and associates, use of internet, exposure to situations where sexual exploitation or substance misuse may present risks, staying out late, staying away from home. Are there identifiable risk factors? Is the young person being encouraged to find out about risks and confident about being safe? Are the child's concerns being listened to?

Being there for me

Love, emotional warmth, attentiveness and engagement. Listening to me. Who are the people who can be relied on to recognise and respond to the child or young person's emotional needs? Who are the people with whom the child has particular bond? Are there issues of attachment? Who is of particular significance? Who does the child trust? Is there sufficient emotional security and responsiveness in the child's current caring environment? What is the level of stability and quality of relationships between siblings, other members of the household? Do issues between parents impact on their ability to parent? Are there issues within a family history that impinge on the family's ability to care?

Play, encouragement, fun

Stimulation and encouragement to learn and enjoy life, responsiveness to the child or young person's unique needs and abilities. Who spends time with the child or young person, communicating, interacting, responding to the child's curiosity, providing an educationally rich environment? Is the child or young person's progress encouraged by sensitive responses to interests and achievements, involvement in school activities? Is there someone to act as the child or young person's mentor and champion and listen to their wishes?

Guidance, supporting me to make the right choices

Values, guidance and boundaries. Making clear to the child or young person what is expected and why. Are household roles and rules of behaviour appropriate to the age and understanding of the child or young person? Are sanctions constructive and consistent? Are responses to behaviour appropriate, modelling behaviour that represents autonomous, responsible adult expectations? Is the child or young person treated with consideration and respect, encouraged to take social responsibility within a safe and protective environment? Are there any specific aspects which may need intervention?

Knowing what is going to happen and when

Is the child or young person's life stable and predictable? Are routines and expectations appropriate and helpful to age and stage of development? Are the child or young person's needs given priority within an environment that expects mutual consideration? Who are the family members and others important to the child or young person? Is there stability and consistency within the household? Can the people who look after her or him be relied on to be open and honest about family and household relationships, about wider influences, needs, decisions and to involve the child or young person in matters which affect him or her? Transition issues must be fully explored for them during times of change.

Understanding my family's background and beliefs

Family and cultural history; issues of spirituality and faith. Do the child or young person's significant carers foster an understanding of their own and the child's background - their family and extended family relationships and their origins? Is their racial, ethnic and cultural heritage given due prominence? Do those around the child or young person respect and value diversity? How well does the child understand the different relationships, for example with step relationships, different partnerships etc?



My wider world



School

From pre-school and nursery onwards, the school environment plays a key role. What are the experiences of school and peer networks and relationships? What aspects of the learning environment and opportunities for learning are important to the child or young person? Availability of study support, out of school learning and special interests. Can the school provide what is needed to meet the particular educational and social needs of the child?

Support from family, friends and other people

Networks of family and social support. Relationships with grandparents, aunts and uncles, extended family and friends. What supports can they provide? Are there tensions involved in or negative aspects of the family's social networks? Are there problems of lost contact or isolation? Are there reliable, long term networks of support which the child or family can reliably draw on? Who are the significant people in the child or young person's wider environment?

Enough money

Has the family or young person adequate income to meet the day to day needs and any special needs? Have problems of poverty and disadvantage affected opportunities? Is household income managed for the benefit of all? Are there problems of debts? Do benefit entitlements need to be explored? Is income adequate to ensure the child can take part in school and leisure activities and pursue special interests and skills?

Comfortable and safe housing

Is the accommodation suitable for the needs of the child and family - including adaptations needed to meet special needs? Is it in a safe, well maintained and resourced, and child friendly neighbourhood? Have there been frequent moves?

Work opportunities for my family

Are there local opportunities for training and rewarding work? Cultural and family expectations of work and employment. Supports for the young person's career aspirations and opportunities.

Belonging

Being accepted in the community, feeling included and valued. What are the opportunities for taking part in activities which support social contact and inclusion - e.g. playgroups, after school clubs, youth clubs, environmental improvements, parents and residents' groups, faith groups? Are there local prejudices and tensions affecting the child or young person's ability to fit in?

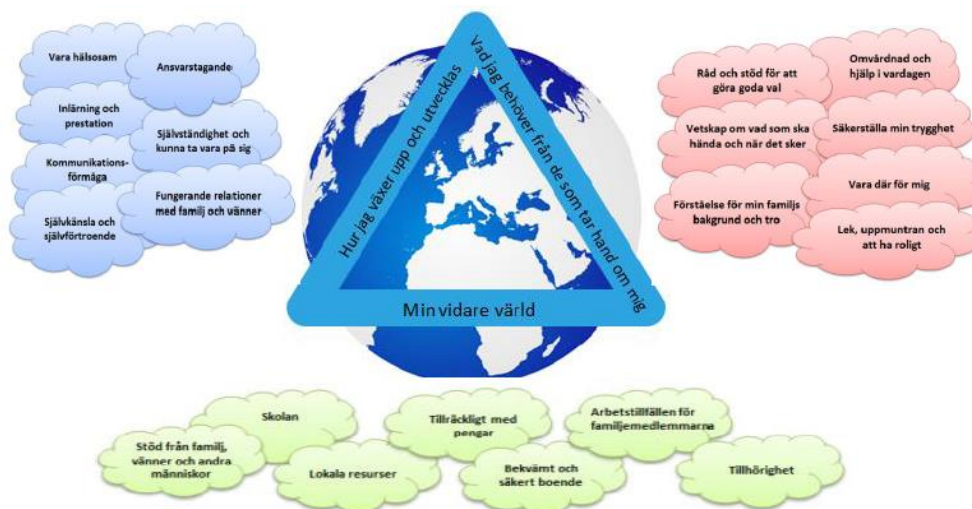
Local resources

Resources which the child or young person, and family, can access for leisure, faith, sport, active lifestyle. Projects offering support and guidance at times of stress or transition. Access to and local information about health, childcare, care in the community, specialist services.

Bilaga 3 – Min världstriangel (svensk version)

(Källa: Lagergren 2017, sid 10-12)

1. Min världstriangel.



2. Hur jag växer upp och utvecklas.



3. Vad jag behöver från de som tar hand om mig.



4. Min vidare värld.



Bilaga 4 – Motståndskraftsmatris (svensk version)

(Resilience matrix. Källa: Lagergren 2017, sid 14)

