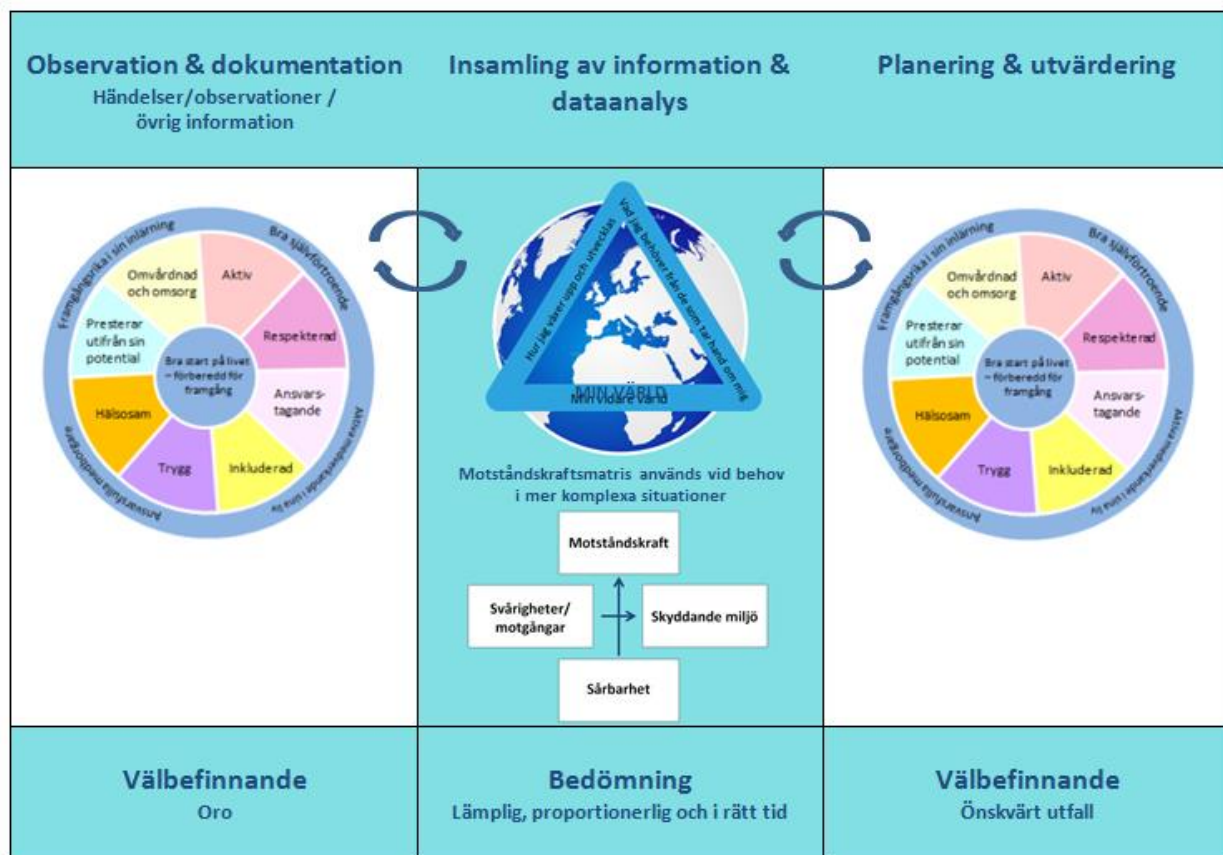


Skottlandsmodellen

GETTING IT RIGHT FOR EVERY CHILD (GIRFEC)



En sammanställning av *Skottlandsmodellen* byggd på föreläsningssinnehållet från den skotska delegationen (John Finlayson, Aileen MacKay, Rikki Selkirk, Gail Bain, Simon Allan och Karen Grieve) Växjö Konserthus den 7-8 december 2017 samt *Getting It Right For Every Child*-dokumenten från det skotska parlamentets hemsida.

Innehållsförteckning

ORDLISTA OCH CENTRALA BEGREPP	2
INLEDNING.....	5
BAKGRUND TILL GETTING IT RIGHT FOR EVERY CHILD (GIRFEC)	5
GEMENSAM GRUND – FILOSOFI, ARBETSSÄTT OCH VERKTYG	7
VÄLBEFINNANDEHJULET	8
MIN VÄRLDSTRIANGEL	10
MOTSTÅNDSKRAFTSMATRISEN.....	12
FEM GRUNDLÄGGANDE FRÅGOR.....	14
DEN GYLLENE REGELN FÖR INFORMATIONSDELNING	15
SAMVERKAN KRING EN PLAN FÖR BARNET	15
SÄRSKILD NAMNGIVEN PERSON OCH ANSVARIG SAMORDNARE	16
BARNHÄLSOVÅRDEN	17
SKOLAN	18
ELEVHÄLSAN	19
SOCIALTJÄNSTEN	19
POLISEN	20
RESULTAT	23
UTMANINGAR	24
SLUTORD.....	25
BILAGA 1 – SCENARIER KRING SÄRSKILD NAMNGIVEN PERSON I SKOTTLANDMODELLEN.....	26

Ordlista och centrala begrepp

Getting It Right For Every Child

Se Skottlandsmodellen nedan.

Skottlandsmodellen

Modellen bygger på att skapa förutsättningar för att **varje barn** i Skottland ska få möjligheten till en **god uppväxt** där deras individuella förmågor uppmuntras och de utmaningar de har att hantera tas om hand på rätt sätt av rätt samhällsinstans eller myndighet. **Varje förälder eller vårdnadshavare ska veta till vem de kan vänta sig** för att få råd eller stöd gällande barnet och dess livssituation och känna sig trygga i den kontakten. **Vidare ska alla som i sin yrkesroll kommer i kontakt med barn arbeta med verktygen** i enlighet med arbetssättet och filosofin bakom modellen, känna till **ansvarsfördelningen** och sin plats däri samt i sin yrkesroll kunna dra nytta av de nätverk mellan olika professioner som skapas kring barnet.

Höglandsmodellen

(Highland Practice Model)

Under åren 2006-2008 arbetades en arbetsmodell för GIRFEC fram i Högländerna i samarbete med representanter från regeringen, fokusgrupper från olika professioner samt två konsulter från det akademiska fältet. Därefter (2009-2010) började man implementeringsprocessen i Inverness, den största staden i området, som nav följt av resten av kommunen. Man började med gruppen nyfödda för att sedan i tur och ordning införliva arbetet kring 0-5-åringar och därefter barn i skolåldern i modellen. Modellen utvecklades till att bli Skottlandsmodellen.

Den nationella praxismodellen

(The National Practice Model)



Verktyg för **bedömning och samsyn kring barn och ungas situation**. Gemensamma för **skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt polis**. **Den nationella praxismodellen** och dess verktyg sammanfattas i en enkel bild föreställande två cirklar, en triangel och en matris. **Den nationella praxismodellen** är evidensbaserad och ger tydliga riktlinjer om vad som ska tas med i bedömningen av hur ett barns situation ser ut för att avgöra om några av barnet grundläggande behov inte uppfylls tillfredsställande. Den används i **sex steg** och det är den **särskilda namngivna personen som i första hand är ansvarig** för att detta sker.

Välbefinnandehjulet



För att underlätta att **identifiera eventuella problematiska situationer** för barn som kan påverka barns välmående används välbefinnandehjulet. Indikatorerna i **välbefinnandehjulet** (trygg, hälsosam, presterar utifrån sin potential, omvårdnad och omsorg, aktiv, respekterad, ansvarstagande, inkluderad) delas i den omgivande cirkeln in i de fyra mål de ska hjälpa barnen att bli framgångsrika i sin inlärning, få bra självförtroende, vara aktiva medverkande i sina liv, samt vara ansvarsfulla medborgare.

Min världstriangel

Triangeln används i varje steg i arbetet med *den nationella praxismodellen* kring ett barn för att säkerställa en holistisk syn på barnet och vad/vilka som påverkar det i dess aktuella situation. De tre benen handlar om barnets uppväxt och utveckling, behov från de som tar hand om barnet samt det sammanhang som barnet ingår i. I hur stor utsträckning de olika områdena undersöks närmare och analyseras avgörs av situationen och vad det är som förorsakat oron för barnet. Vart och ett av de tre benen i *min världstriangel* innehåller **sju fördjupningsområden** som bör beaktas i bedömningen av barnets uppväxtförhållanden

Motståndskraftsmatrisen

Matrisen används för att **avgöra var barnets styrkor och svagheter** ligger och i förlängningen var eventuella stödotsatser behöver sättas in. Den innehåller indikatorer på en skyddande miljö och exempel på vad man kan titta efter hos barnet för att på ett objektivt sätt kunna avgöra hur barnets motståndskraft ser ut. Med motståndskraft menas här den förmåga hos barnet som gör att hen, trots sina ibland dåliga förutsättningar, klarar olika situationer bättre än förväntat. Har barnet exempelvis god självkänsla? Visar barnet på en god och stark anknytning till föräldrar och/eller annan vårdnadshavare? Motståndskraft är en viktig egenskap som barnet behöver få möjlighet att utveckla och stärka.

Den gyllene regeln

All delad information måste vara nödvändig, relevant och proportionerlig. **De delar av barnplanen som inte bedöms rymmas inom någon av dessa tre ledord delas alltså inte med någon annan.**

Barnplanen (The child plan)

Barnets personliga plan, *barnplanen*, upprättas av den **särskilda namngivna personen** när det bedöms att barnet behöver någon form av stöd eller insats från mer än en samhällsaktör för att förbättra sitt välmående eller lösa någon form av utmaning i dess livs. Arbetet med *barnplanen* involverar i högsta grad **barnet självt** och **vårdnadshavarna** utifrån deras expertis om barnet. Tanken med *barnplanen* är att **snabbt kunna identifiera** behov av extra stöd och därmed kunna **sätta in tidiga**, samordnade åtgärder för att vända den uppkomna problematiska situationen i en mer positiv riktning.

Den särskilda namngivna personen

Den yrkesperson som har det övergripande ansvaret för att identifiera och agera utifrån de extra behov av stöd som barn under 18 år (eller tills de går ut gymnasiet) kan ha. Före barnets födsel och under de första dagarna är det barnets **barnmorska**. När barnet är cirka 11 dagar gammalt lämnas ansvaret över till **barnhälsovården**. När barnet fyllt fem år och når skolåldern övergår ansvaret till **rektor** på motsvarigheten till förskola-lågstadieskola och därefter till rektor på nästa skola fram till dess barnet är 18 år eller slutar skolan. Det är ett ansvarsuppdrag som inte kan avsägas eller överlåtas till någon annan.

Ansvarig samordnare

Ansvarig samordnare utses från den samhällsaktör som har störst ansvar för innehållet i *barnplanen*. Samordningsansvaret ligger hos den *ansvariga samordnaren* till dess att situationen runt barnet är löst. Därefter återgår ansvaret till *den särskilda namngivna personen*

Health Visitor

Specialistutbildad barnhälsosjuksköterska

Databasen över sårbara personer
(*Vulnerable Persons Database*)

Nationell databas som ger polisen möjligheten att registrera oro kring barn och ungdomar genom att använda *välbefinnandehjulet* för att sedan ha möjlighet att vidarebefordra informationen till berörda samhällsaktörer vid behov.

Oroshubbar
(*Risk and Concern Hubs*)

Enhet inom polisdistrikten vars uppgift är att fungera som nav i arbetet med de ärenden där det förekommer risk eller oro för barn.

Inledning

Skottland upptar den norra tredjedelen av ön Storbritannien och består förutom av fastlandet, som är uppdelat i de glesbefolkade högländerna och de mer tätbebyggda lågländerna, även av ett stort antal öar. Landet är indelat i 32 *Authorities*, motsvarigheten till våra kommuner, där Högländerna (*Highland*) är den till ytan största. Med anledning av otillgängligheten i landskapet bor de flesta av de nära 5,5 miljoner invånarna i ett bälte som korsar landet från området kring huvudstaden Edinburgh i öst till Glasgow, Skottlands största stad, i väst.

Trots att Edinburgh idag räknas som Europas tredje största finansiella centrum påverkas Skottland fortfarande av efterverkningarna till de perioder av nöd och fattigdom som drabbat landet i omgångar, senast efter andra världskrigets slut. Medellivslängden är låg i förhållande till övriga nordeuropeiska länder och det finns stora skillnader i ohälsotalen mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Återkommande nödår i kombination med en stark tradition av frivilligverksamhet har skapat ett nätverk av volontärorganisationer, den så kallade tredje sektorn (*Third Sector*), som gör stora insatser i samhället. Det är mot denna bakgrund som det återinsatta parlamentet i Skottland i början av 2000-talet beslutade sig för att vända trenden och göra Skottland till det bästa landet i världen för barn att växa upp genom en arbetsmodell som fick namnet *Getting It Right For Every Child*.

Skottlandsmodellen bygger på att skapa förutsättningar för att varje barn i Skottland ska få möjligheten till en god uppväxt där deras individuella förmågor uppmuntras och de utmaningar de har att hantera tas om hand på rätt sätt av rätt samhällsinstans eller myndighet. Varje förälder eller vårdnadshavare ska veta till vem de kan vänta sig för att få råd eller stöd gällande barnet och dess livssituation och känna sig trygga i den kontakten. Vidare ska alla som i sin yrkesroll kommer i kontakt med barn arbeta med verktygen i enlighet med arbetssättet och filosofin bakom modellen, känna till ansvarsfördelningen och sin plats däri samt i sin yrkesroll kunna dra nytta av de nätverk mellan olika professioner som skapas kring barnet.

Bakgrund till Getting It Right For Every Child (GIRFEC)

Efter att ha stått helt under unionsstyre med parlamentet placerat i England i 292 år etablerades det skotska parlamentet, *Holyrood*, 1999 och skottarna återfick därmed möjligheten att själva bestämma över ett antal områden och frågor som påverkar det dagliga livet till exempel turism, miljö, hälso- och sjukvård, utbildning, ordningsmakt och lokalpolitik. Snart uppstod tanken om att skapa bättre förutsättningar för barn att växa upp, en tanke som vidareutvecklades till målet att göra Skottland till det bästa landet i världen att växa upp i. I oktober 2001 publicerade den skotska regeringen rapporten *For Scotland's Children* som ett startskott i processen att bättre integrera den sociala barn- och ungdomsvården. Tre år senare, 2004, publicerades resultatet av en granskning kallad *Getting It Right For Every Child (GIRFEC)* i vilken representanter från flera professioner och deltagare i barnpaneler av olika slag identifierade och lyfte en dramatisk ökning av barn med behov av stöd från flera samhällsinstanser samtidigt. På detta följde arbetet med att utverka en första modell för att förbättra förutsättningarna för de skotska barnen och en plan på var den skulle kunna testas. Valet föll på Högländerna som i sin population hade cirka 46 500 barn under 18 år av vilka ett relativt högt procenttal (14%) levde i fattigdom och 5% hade behov av stora stödinsatser i skolan.

Under åren 2006-2008 arbetades en arbetsmodell för GIRFEC fram i Högländerna i samarbete med representanter från regeringen, fokusgrupper från olika professioner samt två konsulter från det akademiska fältet. Därefter (2009-2010) började man implementeringsprocessen i Inverness, den största staden i området, som nav följt av resten av kommunen. Man började med gruppen nyfödda för att sedan i tur och ordning införliva arbetet kring 0-5-åringar och därefter barn i skolåldern i modellen som då fått namnet Högländersmodellen (*Highland Practice Model*).

Höglandsmodellen

- En orienterbar väg genom utbudet av samhällsinsatser
- Ett gemensamt språk
- Engagera och stärka barn och familjer
- Ändamålsenlig och proportionell informationsdelning
- Roller som särskild namngiven person (Named person) och ansvarig samordnare (Lead professional)
- Ramverk för utvärdering som är påbyggbar och initieras vid ett barns födsel
- Utvärdering avgör barnplanens utformande och vilka insatser som sätts in
- Mindre byråkrati och färre möten
- En plan för varje barn, barnplan (Single Child's Plan)

Höglandsmodellen slog väl ut och ledde till att 18% av barnen i Högländerna fick en personlig *barnplan* med någon form av insats/-er från hälso- och sjukvården, skolan, socialtjänsten och/eller polisen. Utvärderingen efter några år visade på en minskad byråkrati, ett snabbare beslutsfattande och en mindre besvärlig process för barn och familjer i behov av stöd. Vidare visade den på att en mer holistisk bedömning av barnets behov kommit till stånd, att den systematiska informationsdelningen fungerade samt att 81% av tillfrågad personal bedömde att modellen förbättrat möjligheterna för dem att tillmötesgå barnens behov. Fyra mindre områden i Skottland följde i Högländernas fotspår 2007 och testade modellen i arbetet med barn som far illa.

Resultaten av projekten ledde till en lagförändring i Skottland genom *Children and Young Persons (Scotland) Act 2010*. Lagen består av 18 delar vilka drar upp riktlinjerna för hur samhället ska arbeta kring barn och deras välbefinnande. Den inkorporerar barnkonventionen som sin första punkt och ger även lagstöd till att förändra arbetssättet mellan olika samhällsinstanser för att möjliggöra eller underlätta samarbeten. Efterföljande år gick det skotska nationalistpartiet (*Scottish Nationalist Party, SNP*) till val med bland annat löftet att lagstadga delar av Höglandsmodellen. SNP vann valet och 2014 beslutade regeringen att arbetssätt enligt Höglandsmodellen skulle vara implementerade i hela landet till 2016. I augusti 2016 kom lagstiftningen om Höglandsmodellen som den gällande modellen i barnfrågor och den förbereddes sålunda för att bli nationell under namnet *Getting It Right For Every Child* – eller på svenska, *Skottlandsmodellen*. I nästa fas fortsatte förberedelserna för att anpassa modellen för att fungera i hela landet medan det fortsatta arbetet i Högländerna följdes noga. I ett sista steg innan modellen rullades ut nationellt implementerades den i Edinburgh för att se hur den svarade på de utmaningar som finns i mer urbana områden.

Som en del i processen satsade man på att utbilda personal i de olika professioner som berörs i arbetssättet i hur man rent praktiskt använder de olika verktyg som modellen bygger på. Det visade sig ganska snart att utbildningsgrupper med deltagare från olika professioner gav stora fördelar, dels för att olika yrkesgrupper fick samma information samtidigt och därmed kunde missförstånd mellan olika samhällsaktörer redas ut redan på utbildningsnivå och dels för att yrkespersonerna fick träffa andra grupper öga mot öga och diskutera fram smidiga lösningar för just sitt geografiska område eller andra särskilda omständigheter på lokal nivå. Det framkom även att det behövs erfarna samordnare och kontinuerliga utbildningar kring *Skottlandsmodellen* och dess arbetssätt, filosofi och verktyg för att säkerställa att kvaliteten hålls på en hög nivå.

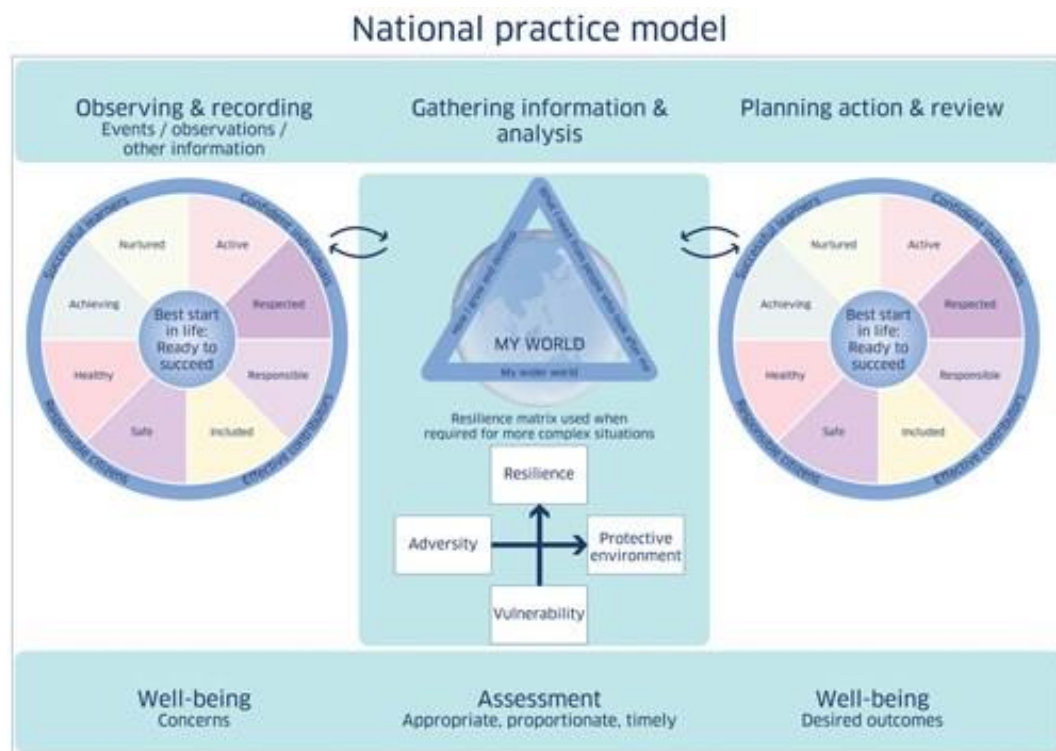
Anammandet av *Skottlandsmodellen* har även mött en del motstånd. Bland annat ifrågasattes användandet av en *särskild namngiven person (Named person)*, som har det samordnande ansvaret för varje barns plan, och i ett första skede dömde högsta domstolen att funktionen bröt mot rätten till personlig integritet enligt konventionen för de mänskliga rättigheterna. Efter domen har det arbetats med att förtydliga den *särskilda namngivna personens* roll och ansvarsområde och en ny lag kring införandet av funktionen på det sätt man redan arbetar i Högländerna, förväntas träda i kraft under sommaren 2018.

Gemensam grund – filosofi, arbetssätt och verktyg

Styrkan i användandet av barnets personliga plan, *barnplanen*, (*The Child's Plan*) ligger i att **alla professioner som möter barnet har en gemensam kunskap om dokumentets förekomst samt att de vet hur de får tillgång till och använder det. Alla professioner använder ett gemensamt språk och vokabulär.** Framför allt **vet alla inblandade**, inklusive barnets anhöriga, hela tiden vem som är den **särskilda namngivna person** som är högst ansvarig för dokumentet och **eventuell handlingsplan**. Med stöd av de verktyg som *Skottlandsmodellen* erbjuder är det dessutom lättare, oavsett vilken samhällsaktör de arbetar vid, att känna en trygghet i att de har tillgång till all den information de behöver för att kunna arbeta med barnet och dess vårdnadshavare på det sätt som är bestämt.

För barnet som behöver stöd och dess vårdnadshavare blir det också **lättare** att veta **vart de ska vända sig** med frågor och funderingar. De behöver inte gå på flera olika möten och berätta om sin situation då stöd behövs från olika aktörer, istället **samlas representanterna från alla berörda professioner under ett och samma möte**. Förutom att ge barnet och/eller vårdnadshavarna ett samlat stöd gör även dessa möten att **all berörd personal får samma information om situationen**.

För att säkerställa att förutsättningarna för arbetet finns håller skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt polis **gemensamma utbildningar** i arbetssättet vid sidan av sina egna verksamhetsanpassade utbildningar. Professionen behöver ha en delad syn på hur behov och problem ska uppmärksammas och det har därför tagits fram **gemensamma verktyg för bedömning och samsyn**. Alla verktyg följer **den nationella praxismodellen (*The National Practice Model*)** vilken ska vara känd och använd av all personal som i sitt yrke möter barn. Även relevanta delar av frivilligsektorn utbildas i förhållnings-sättet kring *Skottlandsmodellen* då representanter därifrån i vissa fall kan ha bättre förutsättningar för att arbeta nära vissa familjer med ett utökat behov av stöd (detta gäller till exempel i familjer där det finns en uttalad skepsis mot inblandning av myndigheter). *Den nationella praxismodellen* och dess verktyg sammanfattas i en enkel bild föreställande två cirklar, en triangel och en matris.



Den nationella praxismodellen är **evidensbaserad** och ger tydliga riktlinjer om vad som ska tas med i bedömningen av hur ett barns situation ser ut för att avgöra om några av **barnet grundläggande behov inte uppfylls tillfredsställande**. Den används i sex steg och det är den **särskilda namngivna personen** som i första hand är ansvarig för att detta sker.

Observation & dokumentation Händelser/observationer / övrig information	Insamling av information & dataanalys Motståndskraftsmatris används vid behov i mer komplexa situationer	Välbefinnande Oro
	Bedömning Lämplig, proportionerlig och i rätt tid	Välbefinnande Önskvärt utfall

Välbefinnandehjulet

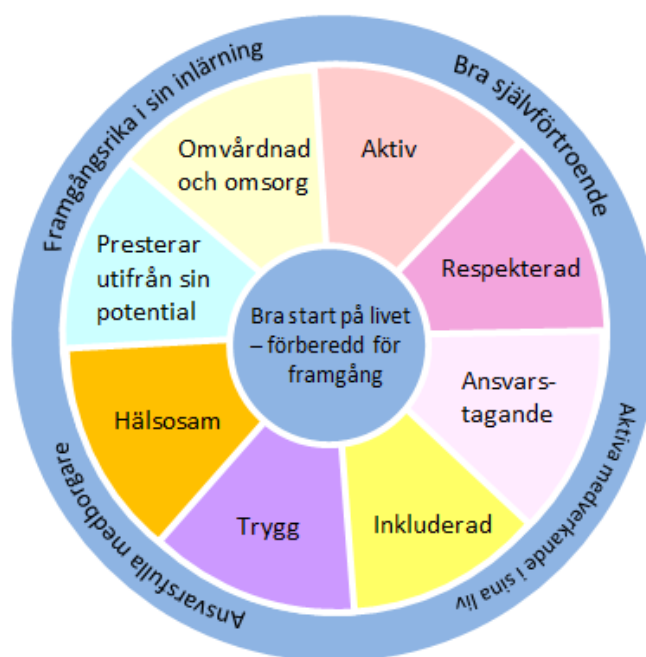
Det första steget handlar om att använda *välbefinnandehjulet* längst till vänster på modellen för att **observera och identifiera oro och dokumentera** denna.

Indikatorerna i *välbefinnandehjulet* (trygg, hälsosam, presterar utifrån sin potential, omvårdnad och omsorg, aktiv, respekterad, ansvarstagande, inkluderad) delas i den omgivande cirkeln in i de fyra mål de ska hjälpa barnen att bli framgångsrika i sin **inläring, få bra självförtroende, vara aktiva medverkande i sina liv, samt vara ansvarsfulla medborgare.**

Indikatorerna i *välbefinnandehjulet* förkortas till SHANARRI efter den första bokstaven i varje ord i den engelska versionen. Akronymen används ibland av de olika professioner som arbetar enligt *den nationella praxismodellen* för att beskriva den första bedömningen de gör av ett barns livssituation för att avgöra om barnet ges de förutsättningar de behöver för en gynnsam uppväxt **eller om en barnplan behöver initieras.**

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

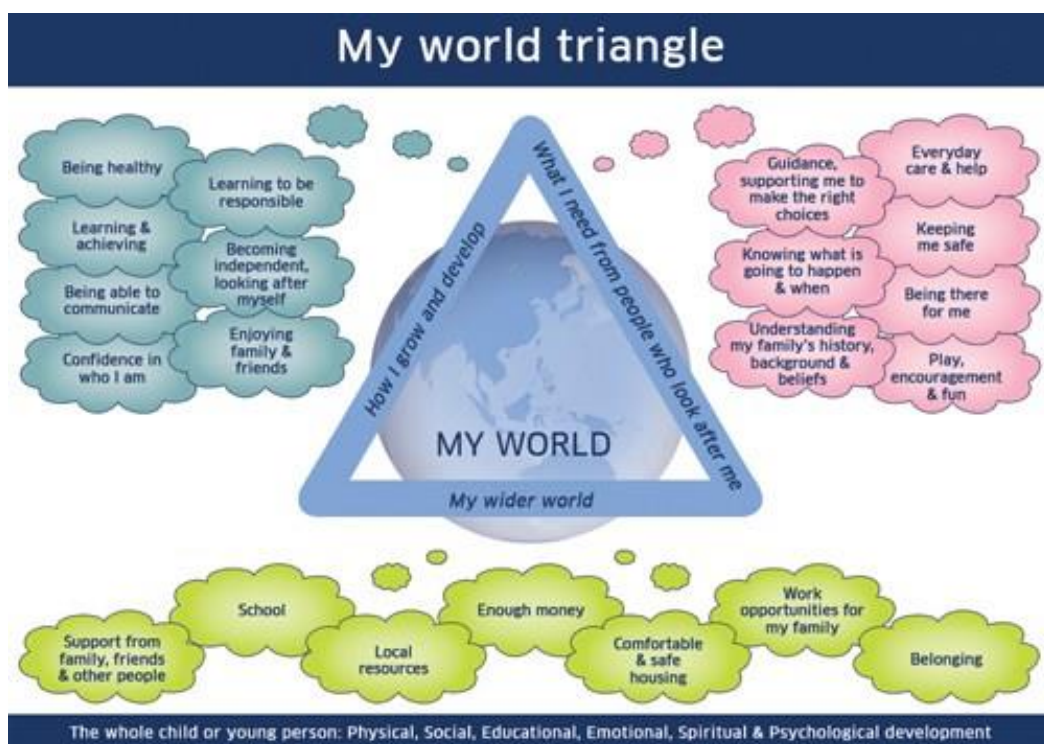
Välbefinnandehjulet



Tanken med *välbefinnandehjulet* är bland annat att det ska vara **enkelt** för de som arbetar med barn **att identifiera eventuella problematiska situationer som uppstår** och vilka kan påverka barnets välmående i ett så tidigt skede som möjligt enligt den enkla devisen; små problem är lättare att lösa än stora. För att **hjälpa** den som känner oro för ett barn att **ringa in vad det är som felas** tittar man på de olika indikatorerna i *välbefinnandehjulet* och kan på så sätt avgöra om det man upplevt hos barnet påverkar något av de områden som finns representerade där.

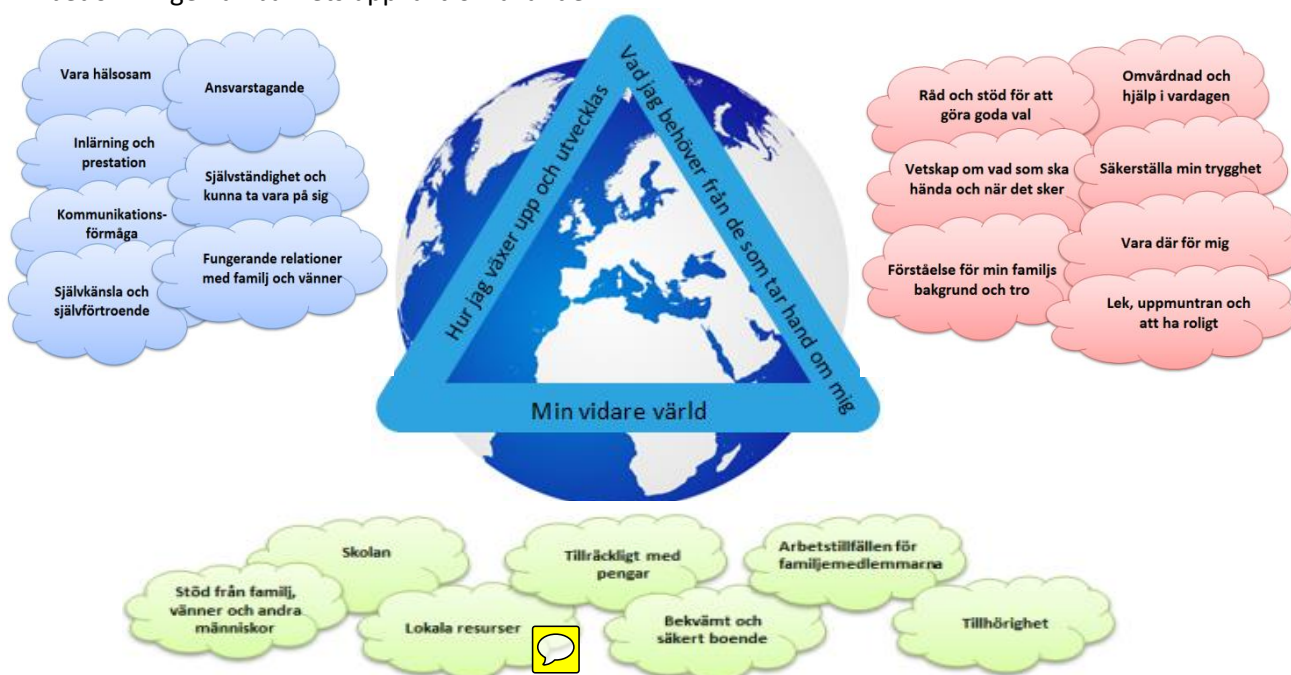
Min världstriangel

I nästa steg används *min världstriangel* som finns centrerad på den övre delen av modellen. Triangeln handlar om hur **barnets värld ser ut** och **vad som påverkar dess uppväxt och välmående** däri. Den används för att **identifiera mer signifikanta problem** som riskerar att påverka barnets utveckling.



Triangelns ben är uppdelade i "hur jag växer upp och utvecklas", "vad jag behöver från de människor som tar hand om mig" samt "min vidare värld".

Min världstriangel används i varje steg i arbetet med *den nationella praxismodellen* kring ett barn för att **säkerställa en holistisk syn på barnet och vad/vilka som påverkar det i dess aktuella situation**. Vart och ett av de tre benen i *min världstriangel* innehåller sju fördjupningsområden som bör beaktas i bedömningen av barnets uppväxtförhållanden.



I hur stor utsträckning de olika områdena undersöks närmare och analyseras avgörs av situationen och vad det är som förorsakat oron för barnet. Inom ramen för "hur jag växer upp och utvecklas"-benet bör följande områden lyftas:



I nästa ben, "vad jag behöver från de som tar hand om mig", ligger fokus på vad barnet behöver från de personer som finns i dess liv och/eller samhälle.



Det sista benet, "min vidare värld", handlar just om barnets omvärld och hur förutsättningarna ser ut där. I barnets sammanhang ingår familj och vänner men även samhället i vilket barnet lever.



Motståndskraftsmatrisen

Information från genomgången av *välbefinnandehjulet* och *min världstriangel* bearbetas genom att använda *motståndskraftsmatrisen*, som återfinns under triangeln, i mitten på modellen.

Med hjälp av matrisen analyseras och ordnas informationen som framkommit. En stor styrka med modellen är att den inte uteslutande identifierar risker för barnet utan även ser till vilka egenskaper och vilket skyddsnät barnet redan har.



För att använda *motståndskraftsmatrisen* på rätt sätt är det viktigt att personen som gör det är **väl insatt i de grundläggande principerna för motstånd kontra sårbarhet** och vet hur matrisen används inom ramarna för *den nationella praxismodellen*. Dessa principer utgörs av att barnet ska ha **en trygg bas att falla tillbaka på, självkänsla och självförtroende**. Analysen visar i hur stor utsträckning barnet har de **förutsättningar** hen behöver för att ha en så **god grund** som möjligt för att klara av eventuella svårigheter och problem.

Att använda sig av koncepten motståndskraft och sårbarhet i bedömningar kring barn har visat sig vara den del av *den nationella praxismodellen* som många yrkesgrupper har upplevt som svårast att använda praktiskt. För att förklara vad principerna innebär och ge alla som ska använda *motståndskraftsmatrisen* en gemensam förståelse använder sig *den nationella praxismodellen* av

tre byggstenar som vart och ett innehåller tydliga exempel på vad det är som ska finnas i barnets liv för det ska kunna anses att det har de förutsättningar det behöver för att kunna stå emot motgångar och svårigheter på ett bra sätt. Dessa lyder:

En trygg bas

Jag har...

- människor runt omkring mig som älskar mig villkorslöst
- människor i min närhet som sätter gränser för mig så jag inte hamnar i farliga eller dåliga situationer
- människor i min närhet som visar mig hur man kan göra saker på rätt sätt
- människor i min närhet som vill att jag ska lära mig och göra saker på egen hand
- människor i min närhet som hjälper mig när jag är sjuk, utsatt för fara eller behöver lära mig något

Självkänsla

Jag är...

- en person andra människor kan tycka om och älska
- en person som är gärna gör gott och har förmågan att visa oro för andra
- en person som är respektfull både gentemot mig själv och andra
- en person som är villig att ta ansvar för vad jag gör
- en person som är övertygad om att allt kommer utveckla sig till det bästa i slutänden

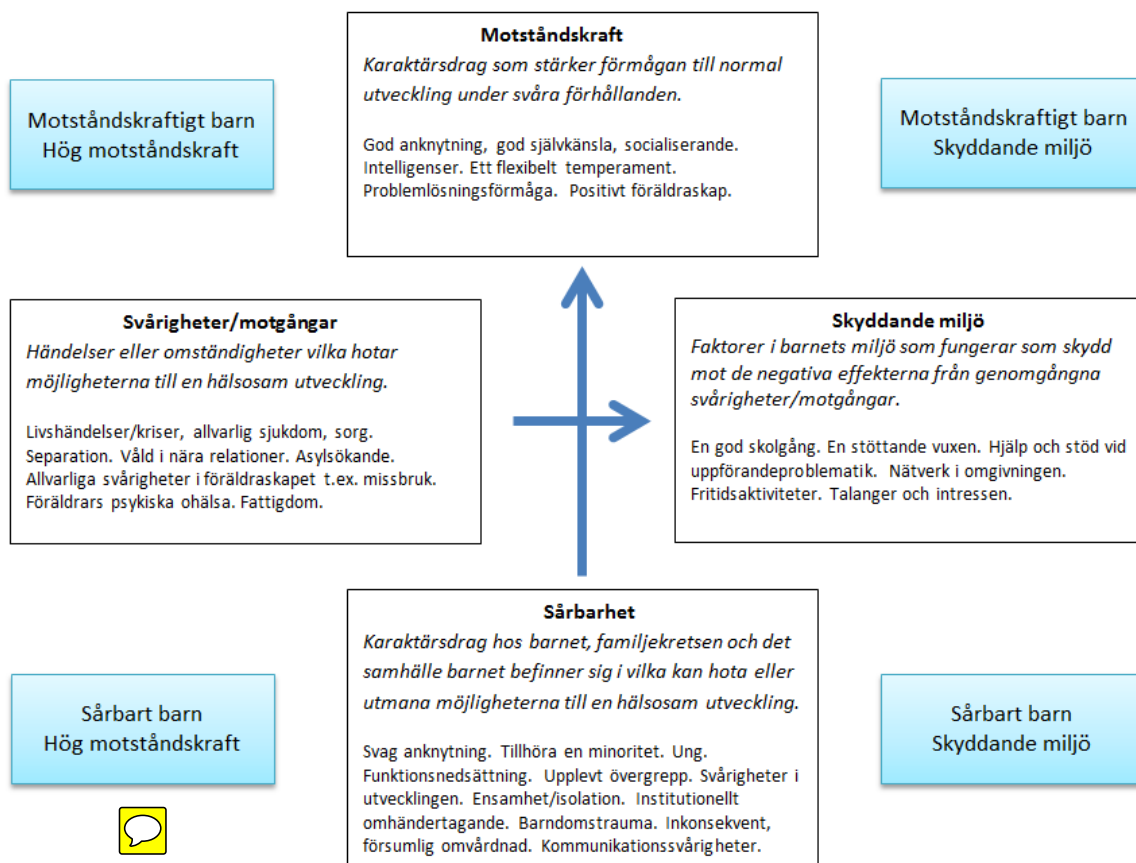
Självförtroende

Jag kan...

- tala med andra människor om saker som skrämmer eller oroar mig
- hitta sätt att lösa eventuella problem
- kontrollera mig själv när jag känner ett behov att göra något som inte är rätt eller som är farligt
- lista ut när det vore bra att tala med någon eller att agera på något sätt
- söka upp någon som kan hjälpa mig när jag behöver det

Med stöd i de tre principerna för motstånd och sårbarhet ovan används sedan *motståndskraftsmatrisen* för att avgöra var barnets styrkor  svagheter ligger och i förlängningen var eventuella stödinsatser behöver sättas in. I den något mer utvecklade varianten nedan ger matrisen även indikatorer på vad en skyddande miljö är och exempel på vad man kan titta efter hos barnet för att på ett objektivt sätt kunna avgöra hur barnets motståndskraft ser ut. Med motståndskraft menas här den förmåga hos barnet som gör att hen, trots sina ibland dåliga förutsättningar, klarar olika situationer bättre än förväntat. Har barnet exempelvis god självkänsla? Visar barnet på en god och stark anknytning till föräldrar och/eller annan vårdnadshavare? Motståndskraft är en viktig egenskap som barnet behöver få möjlighet att utveckla och stärka.

Motståndskraftsmatrisen tillåter yrkespersoner som använder den att på ett så objektivt sätt som möjligt gruppera de olika utmaningar och styrkor hos barnet som framkommit genom användandet av *min världstriangel* och avgöra inom vilka områden särskilda insatser kan komma att behövas. Genom att kategorisera informationen och samtidigt väga den mot de förutsättningar till motstånd barnet visar ökar möjligheten att få en helhetsbild och på ett tidigt skede identifiera de risker som kan leda till större problem längre fram. Med hjälp av sitt yrkeskunnande och sin personliga kännedom om barnet måste sedan den som gör bedömningen väga positiva faktorer mot risker och avgöra i vilket/vilka fall åtgärd behöver sättas in och i de fall flera åtgärder behöver göras, skapa en prioriteringslista för dessa.



Fem grundläggande frågor

När de initiala observationerna utifrån **välbefinnandehjulet och min världstriangel** är gjorda görs **djupare observationer** där det bedömts nödvändigt. Den oro som kvarstår kring barnets situation analyserats med hjälp av **motståndskraftmatrisen**, därefter görs en **bedömning och sammanfattning** med stöd av de indikatorer som kommer från **välbefinnandehjulet** för att **barnplanen** ska kunna **upprättas och vid behov andra samhällsaktörer kopplas in**. För att tydliggöra när den egna verksamheten inte räcker till och samverkan bör ställas man sig fem grundläggande frågor. Det är först när den **femte frågan aktualiseras som fler samhällsaktörer blandas in** i barnets personliga plan. Om situationen runt barnet går att lösa genom de fyra första frågorna sker det internt inom den egna verksamheten och inte som en del av en gemensam barnplan.

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 samhällsaktör jag arbetar på göra för att hjälpa detta barn?
- Vilken ytterligare hjälp, om någon, kan behövas från andra samhällsaktörer?

När **barnplanen** är på plats och har initierats utvärderas och förändras den löpande tills oron/ behovet av stöd som framkommit är hanterat och inte längre finns. Så länge som **barnplanen** enbart omfattar **en samhällsaktör**, alltså när fråga fem inte blivit aktuell, är det den **särskilda namngivna personen** som är ansvarig för den. Så snart **ytterligare en samhällsaktör** kopplas in flyttas ansvaret för **samordningen av planen till en utvald person från berörd profession**, exempelvis en sjuksköterska om hälso- och sjukvården är inkopplad.

Den gyllene regeln för informationsdelning

En av svårigheterna när flera samhällsaktörer samarbetar kring en person kan vara informationsdelning, särskilt när det gäller verksamheter som har stor sekretess.



Den gyllene regeln:

All delad information måste vara:

- nödvändig
- relevant
- proportionerlig

Vid informationsdelning av *barnplanen* gäller den gyllene regeln att all delad information måste vara **nödvändig, relevant och proportionerlig**. De delar av *barnplanen* som inte bedöms rymmas inom någon av dessa tre ledord delas alltså inte med någon annan.

Den som delar informationen har **ett ansvar att anteckna vilken information som delats, med vem och av vilken/vilka anledningar**. Vårdnadshavare och barnet som informationen gäller ska också **delges vilken information som delats och till vem/vilka** (detta gäller inte i de fall där det föreligger oro för att informationen skulle kunna äventyra barnets hälsa på något sätt).

Samverkan kring EN plan för barnet

Barnets personliga plan, *barnplanen*, upprättas av **den särskilda namngivna personen** när det bedöms att **barnet behöver någon form av stöd eller insats från mer än en samhällsaktör** för att förbättra sitt välmående eller lösa någon form av utmaning i dess livs.

Arbetet med *barnplanen* **involverar i högsta grad barnet självt och vårdnadshavarna** utifrån deras expertis om barnet. Deras medverkan är nödvändig för att i största möjliga mån kunna erbjuda en skraddarsydd handlingsplan för att förbättra det eller de områden som bedöms vara problematiska. Stor hänsyn tas till barnets unika omständigheter för att ge det de bästa möjliga förutsättningarna för en god uppväxt.

Tanken med *barnplanen* är att **snabbt kunna identifiera behov av extra stöd** och därmed kunna sätta in **tidiga, samordnade åtgärder** för att vända den uppkomna problematiska situationen i en mer positiv riktning. Tack vare den tydliga och allmängiltiga strukturer som finns kring upprättandet av *barnplanen* blir det möjligt för den **särskilda namngivna personen** både att förhålla sig någorlunda objektiv till själva situationen och genom att ställa sig de fem grundläggande frågorna redan initialt kunna avgöra vilken/vilka andra samhällsaktörer som behöver involveras.

Den särskilda namngivna personen är ansvarig för att uppdatera informationen samt att vid behov förmedla den vidare till rätt samhällsaktör. **Om komplicerade behov uppstår och flera olika instanser behöver involveras tas det ansvaret över av en ansvarig samordnare**, en person från berörd profession, till exempel en skolpsykolog, audionom eller diabetessjuksköterska allt efter hur barnets behov ser ut och vilken relation barnet och dess vårdnadshavare har till den personen.

Oavsett om *barnplanen* berör en eller flera instanser ska den innehålla information om nedanstående **nio informationsområden**:

Barnplanen

- Demografiska detaljer
- Samverkanspartners
- Anledning till upprättandet av planen
- Barnets och familjens åsikter
- Bedömning av situationen
- Handlingsplan
- Omprövning/uppdatering
- Utvärdering

När det bedöms att flera olika samhällsaktörer behöver samverka kring ett barns behov skickas den **nödvändiga, relevanta och proportionerliga informationen** vidare till berörda instanser. **Vårdnadshavaren informeras** innan detta görs (om inte barnet på något sätt kan ta skada av att vårdnadshavare informeras).

Eftersom den **särskilda namngivna personen** har ansvar för många barn har de ofta en god kontakt med de personer i andra professioner de kan behöva ta kontakt med och kan då diskutera frågor med varandra på ett öppet sätt och med respekt för varandras kompetens. Detta borgar inte bara för att tröskeln för att **ta kontakt när det verkligen behövs hålls på en låg nivå** utan öppnar även för möjligheten till **professionella bollplank innan en situation hunnit gå så långt** som till upprättandet av en **barnplan**. Den **särskilda namngivna personen** håller även **kontinuerlig kontakt med vårdnadshavarna**. Det är viktigt att **vårdnadshavarna upplever** arbetet med **barnplanen** som något **positivt** som sker helt i samråd och samarbete med dem och inte som något påtvingat dem av samhället.

Så snart bollen kring samverkan mellan olika aktörer satts i rullning bokas **en mötestid** med **vårdnadshavare och representanter från samtliga berörda samhällsaktörer**. För att inkludera och stärka vårdnadshavare i mötet kan den **ansvariga samordnaren** se till att vara först på plats med vårdnadshavarna. Detta ger dem möjlighet att tillsammans välkomna övriga yrkespersoner när dessa anländer, istället för att vårdnadshavarna ska behöva komma in i ett redan pågående möte. Det är viktigt att vara lyhörd för vårdnadshavares naturliga osäkerhet i en sådan situation och underlätta för dem genom att låta dem både vara och få känna sig inkluderade.

Under mötet enas alla om **en gemensam plan** som gäller för barnet och **den samordningsansvariga yrkespersonen eller den särskilda namngivna personen** har sedan ansvaret att **följa upp och utvärdera denna**. **Barnplanen** sätts i största möjliga mån efter SMARTA mål (specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsbestämda) för att vara tydlig och lätt att följa upp. Uppföljningen är viktig och sker kontinuerligt för att avgöra när olika mål uppnåtts och för att fånga upp om förutsättningarna på något sätt förändras så att **barnplanen** behöver uppdateras.

Särskild namngiven person och ansvarig samordnare

Den särskilda namngivna personen är den yrkesperson som har det **övergripande ansvaret för att identifiera och agera utifrån de extra behov av stöd** som barn under 18 år (eller tills de går ut gymnasiet) kan ha. Det är viktigt att poängtera redan från början att den **särskilda namngivna personen inte på något sätt förminskar ansvaret som barnets vårdnadshavare har** och inte heller det **ansvar alla som arbetar med barn** har för att värna om deras väl. Meningen med rollen är snarare att alla som är eller blir inblandade i ett barns uppväxt ska veta vem de ska vända sig till med funderingar eller oro kring barnet samt att **den särskilda namngivna personen ska fungera som ett stabilt stöd för barnet och dess vårdnadshavare** så att de känner sig trygga att söka råd och stöd eller lyfta oro om sådan uppstår.

Före barnets födsel och under de första dagarna därefter utgörs den **särskilda namngivna personen** av **barnmorskan**. När barnet är cirka 11 dagar gammalt lämnas ansvaret över till **barnhälsovården**. I Skottland finns ett system där en specialistutbildad barnhälsosjuksköterska (*Health Visitor*) besöker barnet och dess vårdnadshavare i hemmet 12-14 gånger fram till dess barnet börjar i skolan. Barnhälsosjuksköterskan har goda möjligheter att **bygga en stark kontakt** med vårdnadshavare och barn. **Skottlandsmodellen** tas upp och diskuteras under ett flertal av hembesöken dels för att **göra den känd** och dels för att **framhålla hur den är tänkt att fungera** som ett stöd för att säkerställa barnets goda uppväxt. När barnet fyllt fem år och når skolåldern i Skottland övergår ansvaret som **särskild namngiven person** till **rektor** på motsvarigheten till vår förskola-lågstadieskola och därefter till rektor på nästa skola fram till dess barnet är 18 år eller slutar skolan.

Att vara *särskild namngiven person* innebär ett ansvarsuppdrag som personen i den rollen inte kan avsäga sig eller överlåta till någon annan. Det innebär dock inte att en rektor med 400 elever personligen ska bedöma varje enskilt barns behov av stöd. Det innebär istället att **rektorn har ett ansvar att ta itu med de situationer som lyfts** av klasslärare, annan skolpersonal eller av vårdnadshavarna själva och då **initiera en bedömning** efter *den nationella praxismodellen* för att upprätta en *barnplan*.

För att avgöra om barnets behov av stöd kan lösas inom den egna verksamheten använder sig den *särskilda namngivne personen* av de **fem grundläggande frågorna** och vid behov tas kontakt med exempelvis socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Den *särskilda namngivna personen* ska även **ta hänsyn till om det finns syskon** som har en annan *särskild namngiven person* och ska i så fall även ha kontakt med denne för att säkerställa en så god start i livet som möjligt för alla syskon i skaran.

I de situationer olika samhällsaktörer samverkar runt barnet och tar fram en gemensam *barnplan* utses en **ansvarig samordnare** (*Lead Professional*) från **den samhällsaktör som har störst ansvar** för innehållet i *barnplanen*. Samordningsansvaret ligger hos den *ansvariga samordnaren* till dess att situationen runt barnet är löst. Därefter återgår ansvaret till den *särskilda namngivna personen*, t.ex. barnsjuksköterskan eller rektorn.

Ansvarsfördelningen med en *särskild namngiven person* som samordnar och följer upp och att de **olika aktörerna är ansvariga för frågorna inom sina respektive områden** gör att det blir tydligt för alla inblandade vem som gör vad i situationer som rör barn. Om till exempel en förälder hamnar på sjukhus vet alla samverkansparter att socialtjänsten kommer ställa de relevanta frågorna om barnets omvårdnad, omhändertagande, skolgång och så vidare. 

En del vårdnadshavare är skeptiska mot att det ska finnas någon från samhällets sida som har ett särskilt intresse för deras barn så för att stötta professionen i kontakt och samtal med dessa har Skottlands parlament publicerat fyra scenarion kring situationer med en *särskild namngiven person* på sin hemsida (scenarierna återfinns översatta till svenska i bilaga 1). Det är viktigt att vårdnadshavare som känner sig oroliga får information om att en *särskild namngiven person* inte är till för att ta över vårdnadshavarnas roll utan finns med för att erbjuda stöttning när och om det behövs.

I situationer där det av någon anledning inte fungerar med den *särskilda namngivna personen* finns det möjligheten att byta person efter diskussion med aktuell huvudman. Även barn som hemskolas eller tillhör grupper som flyttar runt mycket har en *särskild namngiven person*. Har barnet tidigare gått i skolan stannar oftast den rektor som då var ansvarig som *särskild namngiven person*, i annat fall utses en lämplig person i barnets hemkommun. **Vårdnadshavarna får alltid information om vem deras särskilda namngivna person är i sådana situationer.**

Barnhälsovården

Den skotska barnhälsovården gör hembesök 12-14 gånger under barnets första fem år. Det är främst en specialistsjuksköterska och en särskilt utbildad barnhälsosjuksköterska som besöker barnet och dess vårdnadshavare.

Vid dessa hembesök ingår (förutom vägning, mätning och andra praktiska delar) även att ta upp och gå igenom vad *Skottlandsmodellen* innebär och hur *barnplanen* fungerar. Tillsammans med vårdnadshavarna tittar man även på hur barnet utvecklas med hjälp av *den nationella praxismodellens* olika delar och **involverar på så sätt vårdnadshavarna i sättet att tänka utifrån Skottlandsmodellen.**

Hembesöken ger barnhälsosjuksköterskan en god möjlighet att observera barnets samlade livssituation och upptäcka om det finns något behov av att upprätta en *barnplan* för barnet. Bedöms det finnas behov av en *barnplan* ställer sig barnhälsosjuksköterskan de fem grundläggande frågorna och avgör med hjälp av dem om behovet av stöd kan lösas inom barnhälsovården eller om någon annan samhällsaktör behöver kopplas in. Hembesöken är frivilliga för vårdnadshavarna och ifall de av någon anledning absolut inte vill ha ett hembesök kan barnhälsosjuksköterskan ofta erbjuda nya besök efter en tid eller försöka skapa en kontakt mellan vårdnadshavarna och någon frivilligorganisation som känns mindre hotfull.

HEMBESÖK	
Före födseln	ett brev från barnhälsovården om hembesöken
Före födseln (i v. 32-34)	hembesök
11-14 dagar	nyfödd-hembesök
3-5 veckor gammal	2 hembesök
6-8 veckor gammal	hembesök
3 månader	hembesök
4 månader	hembesök
6 månader	hembesök - går igenom <i>Skottlandsmodellen</i>
8 månader	hembesök
13-15 månader	hembesök – går igenom <i>välbefinnandehjulet</i>
27-30 månader	hembesök – går igenom <i>välbefinnandehjulet</i>
4-5 år, före skolstart	hembesök – går igenom <i>välbefinnandehjulet</i>
4-5½ år, före skolstart	börjar överlämningen till den nya <i>särskilda namngivna personen</i>

Anledningen till det stora antalet hembesök är förutom att det ger barnhälsosjuksköterskan en god inblick i barnets uppväxtmiljö även att skapa en plattform för att löpande kunna informera om och befästa tankarna i *Skottlandsmodellen* samt skapa en naturlig kontakt och tillit mellan vårdnadshavarna och deras barns *särskilda namngivna person*. Ju tidigare potentiella problem upptäcks desto tidigare kan de hanteras och i bästa fall helt förebyggas. Under det sista halvåret före barnets skolstart arbetar barnhälsosjuksköterskan även med överlämningen till rektor på den skola barnet kommer att gå på. På så sätt får rektor, som tar över rollen som *särskild namngiven person* vid skolstarten, en god grund att stå på i sitt ansvar gentemot barnet samtidigt som vårdnadshavarna får möjligheten att bygga ett förtroende för rektor.

Skolan

Barnen i Skottland börjar vanligtvis skolan det år de fyller fem (även om det första året närmast kan liknas vid en förskoleklass). De går sedan i samma skola (*Primary School*) i sju år innan de byter till nästa skolform (*Secondary School*) för ytterligare fyra år. Dessa 11 skolår utgör skolplikten och barnen kan efter dessa välja de två sista åren som motsvarar vårt gymnasium (*A-Levels* eller *SCE Highers*).

När barnet börjar i skolan övertas ansvaret som *särskild namngiven person* av rektor för barnets skola. Det är sedan rektors ansvar att följa och observera barnet utifrån *den nationella praxismodellen*. Till sin hjälp har rektor övrig personal på skolan, särskilt klasslärarna som arbetar nära barnet. Lärarna utbildas i att följa metodiken i *den nationella praxismodellen* och att identifiera behov och problem som uppstår som en del av den generella uppsikt över elevernas välmående som de redan har genom sin yrkesroll. När ett barn uppvisar behov av extra stöd upprättas en *barnplan*



och rektor gör en bedömning av barnets skol- och hemsituation med hjälp av *den nationella praxismodellen* och tar kontakt med vårdnadshavarna. Därefter ställer sig rektor de fem grundläggande frågorna för att kunna avgöra om situationen endast kräver insatser på skolan eller om någon annan samhällsaktör behöver kopplas in. Behöver någon annan samhällsaktör kopplas in delas informationen som är nödvändig, relevant och proportionerlig. En *ansvarig samordnare* utses utifrån den samhällsaktör som har störst ansvar för barnplanen och tar över samordningen från rektorn. Om det är skolan som är samordnade aktör kan samordningsansvaret tilldelas en i personalen eller stanna hos rektorn. Den ansvariga samordnaren kallar till ett möte med vårdnadshavarna och berörda samhällsaktörer. På mötet använder man *Skottlandsmodellen* för att komma till samförstånd och upprätta en *barnplan* som ska följas av alla och som rektor, eller annan ansvarig samordnare, har ansvaret för att kontinuerligt följa upp och utvärdera.



Elevhälsan

Personalen som arbetar inom elevhälsoområdet i Skottland är anställda av hälso- och sjukvården, och inte av den/de skolor personen arbetar på. Skolhälsovården är oftast inte heller fysiskt placerad ute på någon skola utan skolsköterskorna har sina arbetsplatser på ett kommungemensamt kontor varifrån de sedan kan bege sig till den skola de ska göra en insats på. I arbetsuppgifterna för en skolsköterska ligger att göra hälsokontroller, ge vaccinationer och informera om hälsa enskilt till barn och unga samt vårdnadshavare. De ger även hälsoinformation i föreläsningsform för hela klasser eller andra grupperingar på skolorna. Vid behov kan de även utföra ångestreducerande och stressreducerande korttidsterapier. Skolsköterskornas roll innefattar att de aktivt ska facilitera hälsa och stå för ett ledarskap inom hälsovårdsarbetet inom skolan. I och med detta blir skolhälsovården ett viktigt stöd för rektor i de fall där en *barnplan* behöver göras.



Liksom övriga yrkeskategorier i Skottland som möter barn i sitt arbete använder sig även skolsköterskorna av *Skottlandsmodellen* med *den nationella praxismodellen* i bedömningar och observationer kring barnets utveckling och mående. De är utbildade i ett holistiskt synsätt och ser till barnets mående både i förhållande till skolmiljön och till hemmiljön. När behov finns ställer sig skolsköterskan de fem grundläggande frågorna och när samverkansbehov finns, besvarat genom fråga fem, initieras detta av rektor i dennes egenskap som *särskild namngiven person*.

Socialtjänsten

Socialtjänsten i Skottland arbetar med individer och familjer i samhället som behöver ett utökat stöd för att klara sin tillvaro. De arbetar med krissituationer och med sociala svårigheter som missbruk och ekonomisk utsatthet. Socialarbetarna är organiserade kommunvis, på liknande sätt som skolsköterskor. De har sina arbetsplatser på ett gemensamt kontor, oavsett om de arbetar i huvudsak med fältarbete eller kontorsuppgifter. År 2001 initierade man i Skottland ett arbete med att all personal inom socialtjänsten ska vara registrerade med uppgifter om att de är auktoriserade och har rätt utbildning för sina arbetsuppgifter. Registreringen gör det lättare för personalen att själva föra in den vidareutbildning de genomför. Stor vikt läggs vid att den enskilda medarbetaren aktivt fortsätter att förkovra sig på olika sätt efter slutförd grundutbildning, vilket genom registreringen blir synligt och överskådligt. Tanken är även att man genom registreringen ska närma sig den övriga hälso- och sjukvårdens sätt att arbeta med legitimationer för sina olika yrkeskategorier.

I Högländerna skrev hälso- och sjukvården och socialtjänsteorganisationen ett samarbetskontrakt 2002 som ett första steg mot att tydliggöra organisationernas gemensamma uppdrag. År 2014 lagstiftade den skotska regeringen om ett program för att integrera hälsovården och socialtjänsten i hela Skottland som ett led i föresatsen att offentlig sektor ska arbeta mer tvärsektoriellt och personcentrerat. Detta för att invånarna i så liten mån som möjligt ska känna av att de har med olika organisationer att göra när de är i en situation som kräver samverkan.

Oavsett av vilken anledning en familj kommer i kontakt med socialtjänsten arbetar man med hela familjen, antingen med barnet direkt eller med barnet som närstående, i enlighet med *Skottlandsmodellen*. Barnets levnadssituation och behov observeras och *den nationella praxismodellen* med sina *välbefinnandehjul* och *min världstriangel* är en självklar del i bedömningen kring barnets situation. Dokumentationen kring barnet görs på ett gemensamma språk alla som arbetar med *Skottlandsmodellen* använder sig av. När det bedöms att ett barn behöver någon form av stödinsats ställer sig socialarbetaren de fem grundläggande frågorna och när samverkansbehov finns, vilket avgörs genom den femte frågan, initieras detta genom den *särskilda namngivna personen*.

Det finns socialarbetare specifikt inriktade på arbete gentemot barn och unga och även olika lokala och nationella program fokuserade mot gruppen barn och unga. Programmen sker ofta i samarbete med skolan och/eller motsvarigheten till fritidsverksamhet i anslutning till skoldagens slut. Det handlar till exempel om hur man kan hantera sorg, saknad och förändring eller hjälpa barn och unga till bättre självkänsla. Förutom samarbetet mellan socialtjänst och skola genom program som dessa har rektorn även möjlighet att höra av sig till sin **kontaktperson på socialtjänsten** (en teamledare eller chef). Det gäller både i skarpa ärenden när det behövs samverkan kring ett barn och i en mer rådgivande eller stöttande funktion när det finns frågor kring ett barn. **Genom att skapa en personlig kontakt mellan dessa två samhällsinstanser kan tröskeln för att höra av sig och bolla tankar och idéer i bästa fall hållas väldigt låg**, vilket gagnar såväl skola som socialtjänst. De har en naturlig part att vända sig till för att diskutera sin oro kring barnet och få en motpart att samtala med som redan har kännedom om situationen kring det enskilda barnet. Därmed minskar risken för att barnets behov av stöd eller någon annan form av insats faller mellan stolarna.



Polisen

I Skottland finns sedan den 1 april 2013 en gemensam nationell polismyndighet vars mål är att öka säkerhet och välmågan hos befolkningen, på olika platser och i olika samhällsgrupper. Den nationella polisstyrkan är uppdelad i 13 distrikt för att säkerställa att det lokala polisarbetet fungerar reaktivt, ansvarstagande och resurssatt för att på rätt sätt möta lokala förutsättningar och problem. Distrikten har tillgång till egna poliser i yttre och inre tjänst, lokalpoliser, lokala utredare, trafikpoliser, personal som kan sättas in vid publika evenemang samt lokal underrättelsetjänst. Vid sidan av distriktens polisstyrka finns det även nationella avdelningar som till exempel hanterar frågor som organiserad brottslighet och terrorism. Varje distrikt ansvarar för att arbetet i de fall där barn på något sätt är inblandade följer *Skottlandsmodellen* och de har nära samarbeten med övriga aktörer, såväl samhällsaktörer som volontärorganisationer, i enlighet med lokala direktiv och aktuell lagstiftning.

I april 2014 introducerade den skotska polismyndigheten *databasen över sårbara personer* (*Vulnerable Persons Database – VPD*). Databasen är nationell och ger polisen möjligheten att registrera oro kring barn och ungdomar genom att använda SHANARRI-indikatorerna (*välbefinnandehjulet*) för att sedan ha möjlighet att vidarebefordra informationen till berörda samhällsaktörer vid behov. Genom det systematiska arbetet med databasen fångas många barn och ungas riskbeteenden och eventuella brister i levnadsmiljön upp tidigt och insatser kan sättas in för att hjälpa och/eller stötta barnet eller ungdomen i sin situation. Informationen som förs in i *databasen över sårbara personer* rör områden som barns behov av skydd, barns välmående (i enlighet med *Skottlandsmodellen*), vuxnas behov av skydd, oro kring vuxna individer, våld i nära relationer, hatbrott och ungdomsbrottslighet.

I samband med införandet av *databasen över sårbara personer* skapades även avdelningar, så kallade *oroshubbar*, inom distrikten vars uppgift är att fungera som nav i arbetet med de ärenden där det förekommer risk eller oro för barn (*Risk and Concern Hubs*). Införandet av *Skottlandsmodellen* ersätter tidigare arbetssätt kring barn och eftersom samtliga 13 distrikt följer samma nationella modell kan information delas mellan olika distrikt i Skottland vid behov. Tack vare detta har man lätt

att komma åt information och arbeta vidare med de insatser som redan satts in (om sådana finns) till exempel i de fall där det förekommer våld i nära relationer även när barnet är på semester i en annan del av landet.

Oroshubbarna har fem huvudsakliga ansvarsområden varav ett är att handha *databasen över sårbara personer* och fungera som en första kontakt för poliserna i yttre tjänst när dessa stöter på ärenden som bedöms höra hit. *Oroshubbarna* ska även arbeta med informationsdelning, ungdomsrätt, koordinera konferenser kring fallbeskrivningar samt erbjuda stöd i situationer där barn och/eller vuxna behöver någon form av polisiärt skydd.

Alla poliser i yttre tjänst ett uppdrag att vara observanta på barns situation, oavsett vilket ärende de arbetar med. Om det till exempel är ett ärende om hemfridsbrott, droginnehav, inbrott etc. observerar polisen om det finns barn närvarande, om de ser välnärda och rena ut, om det finns mat i hemmet, barnets samspel med vuxna i situationen samt om barnen verkar rädda eller oroliga. När oro inom något av områdena i *välbefinnandehjulet* för ett barn eller en ungdom inkommit uppförs ett ärende i *databasen över sårbara personer* och samma dag, eller senast dagen efter, tas kontakt med berörda samverkanspartner/-s. Informationen som bedöms vara nödvändig, relevant och proportionerlig delas med den/dem. Kommunikationen sker via PDF-filer som skickas mellan säkra e-postadresser och är således en envägs kommunikation där samverkan behöver ske via ordinarie kontaktvägar.

Det övergripande syftet med att skapa *oroashubbarna* var att ge personalen goda förutsättningar för att kunna göra snabba bedömningar av barns livssituation utifrån en holistisk grundsyn för att sedan kunna vidarebefordra oron och skälen därtill till relevanta partners inom andra samhällsaktörer. Barnets/ungdomens bästa ska alltid tas hänsyn till oavsett vad grundproblemet som polisen uppmärksammas på är. Genom snabba ingripanden i situationer som riskerar att förvärras undviks många av de problem som annars kan dyka upp i framtiden. Detta bruk av *den nationella praxismodellen* i samklang med en standardiserad modell för triage – prioritetsbedömning – ger dessutom polisen ett bra material för forskning och utvärdering. Eftersom risk och oro inte är statiska till sin natur använder polisen triagemodellen för att på ett okomplicerat sätt omprioritera ärenden som har med barn och ungdomars välbefinnande att göra.

Triage

Hög risk (High)	En allvarlig situation som kräver omedelbar åtgärd eller inblandning av någon annan samhällsaktör för att säkerställa en persons säkerhet.
Medelhög risk (Medium)	En situation där tydliga faktorer påvisar en förhöjd risk för en persons välmåga och som kräver någon form av ingripande eller stödinsats.
Låg risk (Standard)	En situation som kan påverka en persons välmåga men som inte (i nuläget) kräver någon form av ingripande eller stödinsats.

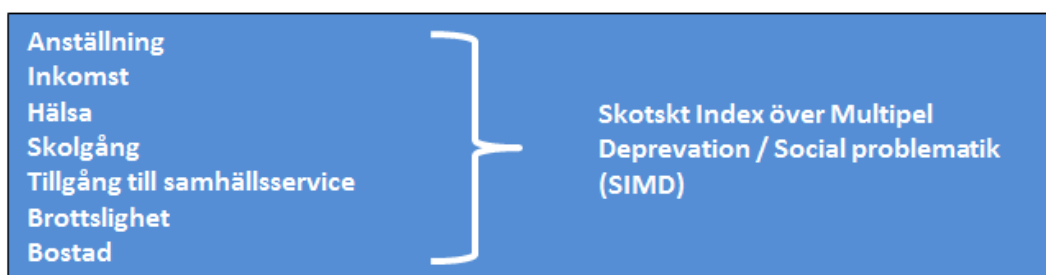
Även ärenden som till en början inte bedöms vara skyddsärenden kan med kort varsel behöva omprioriteras om det till exempel inkommer fler tecken på oro för barnets eller ungdomens levnadssituation, om det framkommer mönster av misshandel eller andra övergrepp eller om barnet/ungdomen blir föremål för upprepade registreringar i *databasen över sårbara personer*. När ett barn eller en ungdom förekommit 3, 6 eller 9 gånger i *databasen över sårbara personer* under en 30-dagarsperiod lyfts ärendet till olika personer inom *oroashubben* beroende på vilket antal gånger de förekommit och ärendet prioriteras upp och samverkan med socialtjänsten inleds. I dessa fall initieras ett särskilt samtal med berörda samverkanspartners för att se till att allt som rimligen kan göras sker.

Vid upprättandet av ett ärende i *databasen över sårbara personer* måste personalen på *oroashubben* alltid ta hänsyn till om de bedömer det vara möjligt att delge vårdnadshavare till barnet/ungdomen detta och inhämta medgivande till att informationen delas. Om så inte är fallet måste anledningen till att den bedömningen görs föras ner i ärendet så det går att hänvisa tillbaka till den vid behov. Likaledes måste personalen vid *oroashubben* dokumentera med vem/vilka informationen i ärendet delas och ge en anledning till varför den bedömningen gjorts. Innan information om ett ärende delas måste de även identifiera och vid behov dölja information som inte bör lämna polisen. När ovanstående bedömningar gjorts delas informationen som en PDF-fil skickad genom en säkerhetsklassad e-mailadress till någon eller flera av de samverkanspartners *oroashubben* samverkar med beroende på vilken bedömning som görs av *oroashubbens* personal.

Resultat

Skottlandsmodellen uppvisar goda resultat på flera olika sätt, både nationellt och lokalt. De resultat som redovisas här kommer från föreläsarnas material som presenterades den 7 och 8 december i Växjö och ger en överblick av resultatet, dock utan att gå in på specifika och exakta detaljer.

Ett gott resultat kan påvisas genom det långvariga användandet av ett nationellt verktyg, SIMD, Skotskt Index över Multipel Deprivation/social problematik (*The Scottish Index of Multiple Deprivation*). Det används för att identifiera områden som är särskilt socialt utsatta för att sedan kunna rikta resurser och åtgärder till de platser som behöver det mest. Enligt SIMD ses inte social utsatthet som resultatet av en enda orsak utan i verktyget sammanställs sju olika områden för att beräkna indexet och genom att följa utvecklingen genom SIMD har man sett en förbättring av barns uppväxtvillkor över den tid *Skottlandsmodellen* varit i drift.



Ett annat sätt att följa utvecklingen på nationell nivå har varit genom att följa statistiken kring antal barn i barnskyddsregister, barnärenden som blivit hänvisade till tredje part, omhändertagna barn, brottsstatistiken med mera. Härigenom kan bland annat utläsas att antalet personer i Skottland som bor i skyddat boende har minskat både när det gäller längre och kortare, akuta, insatser. Statistiken visar även att det totala antalet omhändertagna barn minskar även om siffran under 2017 minskar långsammare än tidigare samt att adoptionssiffrorna för omhändertagna barn ökat till rekordhöga nivåer.

På den lokala nivån finns också statistik som insamlats under många år. Det finns information kring utvecklingen av olika bostadsområden, ibland ända ner på gatu- och enskild familjenivå som visar på en utveckling i positiv riktning. Det som kanske visar allra tydligast på effekten är dock den direkta feedback från barn, ungdomar och familjer som såväl utvärderar som ger viktig input för att kunna fortsätta forma *Skottlandsmodellen* som trots sina alla verktyg och strategier inte är tänkt att fungera statistiskt utan ska få fortsätta växa med barnen bästa som mål. Enligt en undersökning som det Skotska parlamentet lät göra 2016 svarade 97% av alla tillfrågade föräldrar att de hade kunskap om deras barns *barnplaner* och en majoritet av dem tyckte även att deras åsikter blivit inkluderade i processen. I samma undersökning svarade 91% av barn och ungdomar att de fått vara med vid utformandet av sin *barnplan*.

Även professionen inom de fält som på olika sätt påverkas av *Skottlandsmodellen* uttrycker noterbara förbättringar. Den systematiska informationsdelningen fungerar bra trots vissa tekniska utmaningar. Tack vare verktygen vet alla vem som ska göra vad, samt när och till vilka informationen ska delas. Verktygen erbjuder också de personer som gör bedömningar kring barns välmående ett sätt att förhålla sig så objektiva som möjligt, vilket kan vara nog så svårt när man står inför ett barn i behov av hjälp eller stöd. Det gemensamma språket gör att alla yrkeskategorier kommunicerar på samma sätt vilket minimerar risken för missförstånd på grund av överanvändande av yrkesspecifika ord och uttryck. Antal möten och administration har kunnat minskas på genom *Skottlandsmodellens* en-mötesprincip där alla berörda parter, inklusive vårdnadshavare, deltar. Detta har sammantaget lett till en mer holistisk bedömning av barns välmående och uppväxtvillkor, gjort att barn och vårdnadshavare lättare inkluderas samtidigt som det minskat på byråkratin och snabbat på

beslutsprocessen. På det stora hela innebär arbetssättet enligt *Skottlandsmodellen* att hela förfaringssättet kring barnens goda uppväxt och behov av stöd innebär en mer hanterlig och smidigare process än tidigare – för såväl barnet och dess vårdnadshavare som för professionen.

Utmaningar

Som alltid när ett nytt arbetssätt införs har det funnits och finns det fortfarande en del utmaningar kring implementeringen av *Skottlandsmodellen* och dess krav på att all personal som kommer i kontakt med barn ska anamma ett nytt, samstämmigt arbetssätt. Två av dessa utmaningar handlar om stuprör mellan olika professioner samt utmaningar med olika professioners olika tekniska lösningar. I Högländerna upplevde man till exempel att det var särskilt svårt att få med sjukvården med deras väl inarbetade strukturer och ofta väldigt specifika expertisområden medan man i Edinburgh fann det svårt att få med polisväsendet. Inom sjukvården har det också visat sig vara en utmaning att flytta fokus från att behandla eller förebygga sjukdom till att se till barnets välbefinnande. Utmaningen med att få olika professioner med ibland väldigt skilda arbetssätt att samhandla har bland annat adresserats genom gemensamma utbildningsinsatser som informerat om synsätt och filosofin bakom *Skottlandsmodellen*. Det har även hjälpt att använda erfarna samordnare i den egna organisationen för att driva arbetet vidare.

Problemet med informationsdelning kring barn utgör i sig en utmaning och det blir inte lättare av att olika samhällsaktörer inte har samma datasystem och därmed stöter på tekniska hinder. Detta löses i dagsläget med hemmasnickrade lösningar och goda relationer mellan olika yrkesgrupper, till exempel delar *oroashubben* hos polisen i Lothianområdet sin information i PDF-format mellan säkerhetsklassade e-mailadresser.

En annan utmaning har varit att *Skottlandsmodellen* inte var den enda omstruktureringen som infördes ungefär samtidigt. Det har särskilt varit ett problem för skolan som fick en helt ny läroplan att förhålla sig till och bygga upp sitt arbete kring vid samma tid som det beslutades att *Skottlandsmodellen* skulle implementeras. Detta i kombination med att inga extra pengar sköts till från centralt håll när skolan i stor utsträckning fick ansvaret att fylla rollen som *särskild namngiven person* (då det ansågs att arbetet med att följa barns utveckling och välbefinnande redan tillhör skolans kärnuppgifter) och ett i övrigt hårt finansiellt klimat gjorde att en del rektorer och annan skolpersonal uttryckte oro. Andra såg det som en fördel att få båda de stora strukturella förändringarna på samma gång för att snabbare kunna sätta en organisation som håller i längden. Aileen Mackay, rektor på en skola i Inverness och under 2016-2017 särskild utredare i skolfrågor vid den skotska regeringen, menar att implementeringen på den skola hon arbetar vid har gått relativt smidigt tack vare en stor vilja hos alla inblandade i kombination med en tydlig ansvarsfördelning från hennes sida som rektor gentemot övrig personal på skolan.

Även rollen som *särskild namngiven person* har ifrågasatt och i ett första skede blev den stoppad av högsta domstolen då rollen dömdes bryta mot integritetslagstiftningen. Frågan har debatterats livligt, inte minst i media, och en stor ansträngning har lagts ner på att informera om vad rollen egentligen innebär. Denna insats kommer att intensifieras fram till dess att lagstiftningen om *särskild namngiven person* träder i kraft sommaren 2018, eftersom rollen fortfarande ses på med stor skepsis från vissa håll. Vikten av en fungerande informationsdelning har ställts på sin spets genom ett antal tragiska dödsfall i Skottland på senare tid som hade kunnat undvikas om rätt information nått fram till rätt mottagare i tid. Dessa dödsfall har stärkt argumenten för att ha en *särskild namngiven person* som är ansvarig för att samordna insatser kring varje barn.

Slutord

Skottlandsmodellen har med sin tydliga struktur, vedertagna verktyg och sitt gemensamma språk fått stor genomslagskraft i arbetet med att ge alla barn i Skottland en god uppväxt. Med resultaten framför sig är det lätt att fråga sig hur ett liknande arbetssätt skulle kunna se ut i Sverige.

Regeringen har föreslagit att barnkonventionen förs in i svensk lag från och med den 1 januari 2020. Det innebär bl.a. att principen om barnets bästa (art. 3) samt rätten till goda förutsättningar för barnets optimala utveckling (art. 6) måste bli tonsättande i allt vårt arbete med och för barn, vilket är helt i linje med *Skottlandsmodellen* och tankarna bakom det fortsatta arbetet inom "Barnets bästa i Kronoberg". Barnkonventionens holistiska syn på barnets uppväxtvillkor i hemmet, skolan och samhället i stort kan endast förverkligas genom en bred samverkan runt barnet, med barnets bästa i fokus.

I det fortsatta arbetet med att stärka samverkan runt barn och unga i Sverige är det viktigt att minnas att *Skottlandsmodellen* i sin nuvarande form är resultatet av en lång process av hårt arbete och strukturella förändringar inom såväl skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård som polis. Ett sådant arbete kräver samhandling. Inom offentligheten i Sverige talas det idag mycket om att minska stuprören mellan olika organisationer och arbeta personcentrerat. *Skottlandsmodellen*, anpassad till våra specifika förutsättningar och utmaningar, skulle kunna vara ett användbart verktyg i det arbetet.

Skottland har genomfört ett stort och viktigt förändringsarbete för att det ska bli rätt för varje barn. Med stor generositet har våra samarbetspartners Edinburgh och Highland delat med sig av sin kunskap och sina erfarenheter, vilket har resulterat i denna kunskapssammanställning. Nu handlar det om vårt ansvar, alla berörda, att ta tillvara denna källa i det länsgemensamma (och nationella) förändringsarbetet för barnens bästa.

Bilaga 1 – Scenarier kring särskild namngiven person i Skottlandmodellen

Scenario 1: Jacks historia

Situation:

Jack är tio år gammal och gör väl ifrån sig i skolan. Han deltar i aktiviteter både på skoltid och efter skoldagens slut och har starka vänskapsband med ett flertal av sina klasskamrater. Han bor hemma tillsammans med sin mamma och pappa. Båda hans föräldrar arbetar utanför staden så hans morföräldrar ser till honom efter skolan.

Jacks mamma ringde en dag till skolan för att meddela att Jack inte skulle komma den dagen då hans morfar hade avlidit. I slutändan stannade Jack hemma från skolan i en vecka och när han kom tillbaka noterade hans klasslärare att han var tyst och tillbakadragen. Läraren nämnde detta för studierektor Mr Graham som sa att han skulle prata med Jack om situationen förblev oförändrad. Påföljande vecka ringde Jacks mamma till skolan igen och sa att hon var orolig för Jack då han tagit sin morfars bortgång väldigt hårt. Hon var bekymrad över att Jack inte var sig själv hemma och undrade om det var likadant i skolan.

Respons:

Mr Graham, som är Jacks *särskilda namngivna person*, stämde möte med Jacks mamma för att diskutera situationen och sa då att Jacks lärare också noterat en förändring hos Jack. Mammans sa att hon och Jacks pappa var bekymrade över hur dämpad och ledsen de upplevde att Jack var men att han varje gång de frågade honom hur han mårde svarade att han inte ville prata om det. De var oroliga över att Jack höll alla känslor inom sig och inte tillät sig att sörja.

Jacks mamma bad Mr Graham prata med Jack och diskutera hur det gick för honom och höra om han behövde extra stöttning på något sätt. När Mr Graham och Jack möttes tillstod Jack att han kände sig väldigt ledsen men att han ville visa sig stark utåt. Han sa att det var svårt för honom att fokusera på skolarbetet och att han inte längre tyckte att skolan var lika rolig som tidigare.

Mr Graham talade därefter med Jack och hans mamma tillsammans om hur Jack kände sig och han berättade om några resurser på Internet som skulle kunna hjälpa Jack arbeta sig igenom sin situation och hur hans mamma och pappa kunde hjälpa honom att nå dessa och gå igenom dem med honom. Mr Graham berättade även om det program riktat mot att hjälpa barn och unga att hantera sorg och saknad som erbjöds på skolan.

Resultat:

Jack gick med i sorgehanteringsprogrammet på skolan och efter en tid sa han till sina föräldrar och Mr Graham att programmet och resurserna på Internet hade hjälpt honom att arbeta sig igenom sina känslor, att han åter socialiserade med sina vänner och tyckte bättre om skolan igen. Han upplevde fortfarande stunder av sorg men oroade sig inte längre över att behöva gå hem efter skolan med vetskapen om att hans morfar inte skulle vara där. Jacks föräldrar såg en förbättring hemma och Jacks lärare såg detta i skolan också.

Mr Graham fortsätter sina samtal med Jack och hans föräldrar lite då och då för att försäkra sig om att Jack mår väl även om alla parter är överens om att Jack är mycket gladare och på god väg att bli sitt gamla vanliga jag igen.

Crown copyright 2016

ISBN: 978-1-78652-289-4

Scenario 2: Katies historia

Situation:

En kommunanställd säkerhetsvakt får ett samtal från en invånare som bor i närheten av det lokala parkområdet. Invånaren är bekymrad över att det finns en stor skara ungdomar som håller till i parken och för oväsen. Hon misstänker att de dricker alkohol. Säkerhetsvakten tar sig till parken och träffar där på en grupp bestående av tio ungdomar, vissa av dem kända av honom sedan tidigare. Dessa är även kända av polisen för att ha druckit alkohol och ägnat sig åt småbrottslighet. Alla i gruppen verkar vara i yngre tonåren. Det finns vid detta tillfälle inga tecken på att någon av dem skulle ha alkohol med sig. Vakten tar kontakt med gruppen, noterar deras namn och ber dem avlägsna sig då det inkommit klagomål om att de fört oväsen. Dagen därpå tar vakten kontakt med studieväghandledarna på den lokala gymnasieskolan och ger dem ungdomarnas namn.

Respons:

Mrs Blythe är *särskild namngiven person* för tre av pojkarna och två av flickorna. Under dagen talar hon enskilt med var och en av dem och förklarar vilken information hon fått och varför den gör henne bekymrad över deras välmående i förhållande till deras förmåga att visa sig ansvarsfulla och hålla sig i säkerhet. Hon informerar dem även om att hon tänker informera deras föräldrar. Ingen av ungdomarna opponerar sig mot detta.

En av flickorna heter Katie, är 14 år gammal och bor med sina föräldrar och sin äldre bror. Hon följer den förväntade utvecklingen i skolarbetet och Mrs Blythe har hittills inte haft några skäl till att oroa sig för hennes situation. Mrs Blythe ringer upp Katies mamma för att förklara situationen och hennes oro över vad gruppens dåliga inflytande kan ha för påverkan på Katies välmående. Hon informerar Katies mamma om att hon har talat med såväl Katie som övriga i gruppen en och en och att hon varnat Katie för vilka negativa effekter det kan ha för henne om hon tar allt för stort intryck av gruppen. Under samtalet med Katies mamma erbjuder sig Mrs Blythe att ta kontakt med en lokal frivilligorganisation som arbetar med att ge stöd till ungdomar i risk att hamna i klammeri med rättvisan. Hon berättar att frivilligorganisationen kan skicka ut en av sina anställda för att prata med Katie om småbrottslighet i närsamhället för att hjälpa henne att förstå att sådant beteende ofta har sitt ursprung i att ungdomar påverkats av andra.

Resultat:

Katies mamma tackar Mrs Blythe för att hon berättat om händelsen, särskilt eftersom Katie själv inte nämnt något för sina föräldrar. Hon berättar att hon och Katies pappa varit bekymrade över gruppen Katie umgås med och att de ska tala med henne om det. Hon försäkrar Mrs Blythe att hon tar situationen på gravaste allvar men att hon känner att konversationen mellan henne, Katie och Katies pappa kommer räcka för att säkerställa att Katie inte kommer försätta sig i en likande situation igen. Vidare föreslår hon att hon tar kontakt med Mrs Blythe ifall hon känner att det behövs någon form av ytterligare stöttning i framtiden. Mrs Blythe håller med om att det är en proportionerlig respons på situationen och bekräftar att hon inte kommer gå vidare i ärendet som det ser ut nu.

Crown copyright 2016

ISBN: 978-1-78652-290-0

Scenario 3: Connors historia

Situation:

Connor, som går i skola på en annan ort än där han bor, beslutar sig för att sluta skolan när han är 16 år gammal. Som ett led i att avsluta skolgången träffar Connor och hans mamma Mr Johnston som fungerar som Connors *särskilda namngivna person*. Mr Johnston har redan haft flera samtal med Connor om olika alternativ han har möjlighet att välja mellan och han har även sett till att Connor fått rådgivning från ett statligt lärlingsprogram med kontakter i Connors hemort samt från ett lokalt college. Resultatet av detta är att Connor är helt klar över att han vill läsa en kurs på college, där han redan fått en plats, istället för att fortsätta ordinarie skolgång efter det läsår han nu ska avsluta.

Mr Johnston informerar Connor om att han kommer att ha tillgång till stöttningen från en *särskild namngiven person* fram till dess han fyller 18 även om han lämnat skolan. Det tillhör Mr Johnstons roll att sedan diskutera med Connor vilka uppgifter om hans välmående som ska skickas vidare till hans hemkommun vilken kommer tillhandahålla en *särskild namngiven person* när Connor lämnat skolan. Tillsammans går de igenom Connors erfarenheter av skolan och hans mående i allmänhet. Med tanke på informationsdelningen med Connors hemkommun fokuserar de särskilt på svårigheterna han genomgick under föregående skolår då hans resultat och närvaro sjönk markant, hans beteende i skolan blev mer utmanande och han var inblandad i två slagsmål på skolans område. De diskuterade att detta hänt när Connor umgåtts med en annan grupp av vänner. Connor är inte förtjust i tanken på att Mr Johnston skulle dela informationen om hans problem med den nya *särskilda namngivna personen* då han ser dessa händelser tillhörande hans förflutna. Mr Johnston håller med Connor om att han under det gångna skolåret, sedan han fått upp ögonen för möjligheten att gå på college, i stort sätt inte haft några bekymmer så händelserna under året dessförinnan är inte längre relevanta. Connors mamma delar den uppfattningen.

Respons:

Resultatet av Connors och Mr Jonstons arbete blir att Connor och hans mamma får veta att den nya *särskilda namngivna personen* enbart kommer få Connors namn och adress för att kunna ge dem information, ingen information om Connors välmående kommer delas från skolans håll. Mr Johnston följer sedan kommunens regler för hur överförandet mellan en *särskild namngiven person* från annan ort till en lokal *särskild namngiven person* går till.

Resultat:

Connors hemkommun får besked om Connors situation till sin etablerade kontakt för rollen *särskild namngiven person* och accepterar att ta över ansvaret som sådan för Connor fram till hans 18-års dag. Som ett led i processen skickar de sedan ett brev till Connor och hans föräldrar med information om hur de kan komma i kontakt med *särskild namngiven person*-tjänsten om de har några funderingar kring Connors välmående och önskar söka hjälp. De bifogar även ett häfte med allmän information om hur *särskild namngiven person*-tjänsten fungerar lokalt.

Ingen information om oro för Connors välmående inkom till *särskild namngiven person* i Connors hemkommun från det att han lämnade skolan till dess han fyllde 18 år och servicen avslutades.

Crown copyright 2016

ISBN: 978-1-78652-291-7

Scenario 4: Emmas historia

Situation:

En barnhälsosjuksköterska noterar under ett hembesök för att bedöma tvååriga Emmas utveckling att hemmet är väldigt kallt och verkar sakna uppvärmning. Emmas mamma Ashley berättar att värmen i huset inte fungerat på över en vecka och att den privata hyresvärden sagt att han ska komma och laga den men hittills inte gjort det. Emma och hennes äldre syster, som barnhälsosjuksköterskan också är *särskild namngiven person* till, är klädda i flera lager kläder och sitter på soffan under en filt och tittar på TV istället för att leka. Båda barnen är snoriga och mamman är bekymrad över att de båda lider av hosta nattetid.

Respons:

Barnens hälsa väcker oro då de befinner sig i ett kallt hus även om Ashley gör vad hon kan för dem. Barnhälsosjuksköterskan uppmärksammar att familjen kan ha nytta av att få stöttning i att förbättra sin situation och därigenom barnens välmående. I funderingarna över hur hjälpen skulle kunna se ut frågar hon Ashley om hon vill att hon försöker ta kontakt med familjens allmänläkare för att boka ett besök nära i tid till barnen och även någon form av rådgivning kring hur Ashley kan få hjälp med uppvärmningsfrågan. Ashley tar gärna emot all hjälp hon kan få då hon saknar ett eget skyddsnät och är osäker på vilka rättigheter hon har gentemot den privata hyresvärden.

Barnhälsosjuksköterskan ringde vårdcentralen och fick en akuttid till barnen under följande dag. Hon ringde även till en lokal resurs i kommunen, informerade dem om familjens situation och fick en tid för Ashley senare samma dag så hon kunde få hjälp med att söka ett nödbidrag för att kunna skaffa sig ett litet elektriskt värmeelement. Dessutom gav barnhälsosjuksköterskan Ashley telefonnumret till kommunens konsumentombudsman för att hon skulle kunna få information och råd kring situationen med den privata hyresvärden.

Resultat:

Senare samma dag träffade Ashley den lokala resursen i kommunen enligt överenskommelse och fick omedelbart pengar till två värmeelement. Hon talade även med kommunens konsumentombudsman som gav henne råd om vad hon kunde säga till sin privata hyresvärd samt rådde henne att göra en anmälan för att få till en miljöhälsoinspektion. Emma och hennes syster träffade allmänläkaren dagen därpå. Läkaren bedömde flickorna som allmänt välmående men drabbade av vanlig förkylning och förskrev barnalvedon. Barnhälsosjuksköterskan ringde upp Ashley dagen därpå som en första uppföljning av situationen. De bestämde då att hon skulle ringa upp igen i början av följande vecka då hon uppfattade att familjen levde isolerad från andra och att de skulle kunna dra fördel av ytterligare råd och information. När det akuta problemet med värmen nu var löst kunde Emma engagera sig mer i de rutinmässiga utvecklingsbedömningarna.

Crown copyright 2016

ISBN: 978-1-78652-292-4