

En magisk box för resiliensskapande insatser

Strategiskt, kreativt och engagerat stöd i samverkan med
barn i kris, på flykt eller i andra svåra livssituationer

Elinor Brunnberg, Angie Hart

Elinor Brunnberg, Senior professor i socialt arbete, Mälardalens högskola, akademien för hälsa, vård och välfärd samt Mälardalen Research Center, Katrineholm. E-post: elinor.brunnberg@telia.com. Angie Hart, Akademichef för Cupp och Professor i Child, Family and Community Health, School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health and social Science, Brighton University, UK. E-post: A.Hart@brighton.ac.uk.

I den här artikeln beskrivs en ny modell utformad för att ge professionella, föräldrar och andra betydelsefulla personer i daglig kontakt med barn och unga redskap för resiliensskapande insatser. Barn och unga som lever i en svår livssituation, på flykt eller på annat sätt i kris kan visa oanade krafter och lyckas klara sig "mot alla odds". De kan vara maskrosbarn som uppvisar det som brukar beskrivas som resiliens. Den grundläggande idén med resiliensskapande arbete med olika insatser, som i den här artikeln även kallas för resiliensterapi (RT), är att de vuxna i barnets omgivning kan använda olika metoder för att bidra till att stärka barnets motståndskraft. I artikeln presenteras en magisk box med fem olika arenor som innehåller verktyg för att bygga och utveckla barnets resiliens och gynna en optimal utveckling.

This article describes a new model designed to provide professionals, parents and other important people in day-to-day contact with children and young people to create space for resilience-based interventions which can also be called Resilient Therapy (RT). Children living in vulnerable situations, on the run or in crisis can display incredible resilience and develop successfully "against all odds" to become what are known in Swedish as "dandelion children". The children may have experienced traumatic events or other events with a great psychological strain. The basic idea of RT is that the adults in the child's environment may use different approaches to help to strengthen the child's resilience. The article presents a magic box with five different approaches that include tools to build and develop the child's resilience and promote optimal development.

Introduktion

Barnets närmsta omgivning består oftast av familjen, men det finns även många barn som förlorat sina föräldrar eller har kontakt med sina föräldrar på distans. Det kan vara transnationella kontakter via nätet eller mobiltelefon, men det kan även vara kontakter med familjemedlemmar på annan plats inom landet. Det är i första hand barnets vårdnadshavare som har ansvar för barnets välbefinnande (Unicef, 2015). Med vårdnadshavare menas den person som juridiskt har ansvar för barnet och kan alltså vara någon annan än en biologisk förälder. Det är många barn som inte får en bra uppväxt utan får bristande omvårdnad, utsätts för övergrepp eller överges. Barn med funktionsnedsättning kan ha särskilda behov av stöd (Hart m.fl. 2014). Den modell för resiliensskapande arbete (RT) som presenteras i den här artikeln har ambitionen att främja omsorg om barn och unga i utsatta situationer eller som har särskilda behov så att barnets förmåga att återhämta sig eller motstå olika störningar stärks. Begreppet resiliens används för att beskriva en positiv utveckling trots motgångar och påfrestningar (Hart, Blincow, & Thomas, 2007).

Barn kan bli illa behandlade i sitt föräldrahem och omhändertas av samhället för att få en bättre uppväxtmiljö. Barn kan även av andra skäl tvingas lämna sitt föräldrahem. De ensamkommande barnen är ett exempel på när händelser i omgivningen kan leda till att barnet tvingas lämna sitt hem och fly till det som vuxna i deras om-

givning tror är en tryggare plats. Även för ensamkommande barn kan familjemiljön ha varit en miljö där de kunnat utsättas för övergrepp. Övergrepp kan även ske i familjehemmet eller HVB-hemmet (Brunnberg & Aytar, 2012). I den svenska Vanvårdsutredningen (SOU 2011:61) berättade vuxna som växt upp i familjehem att de utsatts för övergrepp i familjehemmet. Flera andra länder har gjort utredningar om vanvård i social barnavård med liknande resultat som i Sverige. Barnmisshandel är fortfarande ett stort folkhälso- och välfärdsproblem i höginkomstländer (Gilbert m.fl., 2009). Barn med särskilda behov, som barn med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar, har visat sig löpa särskilt hög risk att utsättas för övergrepp eller försummelse (Hart m.fl., 2014; Brunnberg, Lindén Boström & Berglund, 2008). Barn kan samtidigt utsättas för mer än en typ av misshandel och misshandeln kan ske ofta. Sveriges Radios (2014) granskning av socialtjänsten visade att barn som utsätts för flera typer av misshandel kan få orosanmälningar till socialtjänsten vid upprepade tillfällen. Barnen kan ha försökt signalera och på olika sätt berätta om sina upplevelser, men vuxna har inte lyssnat eller förstått (Barnombudsmannen, 2012; Tinnfält, Eriksson & Brunnberg, 2011). Professionella behöver ta anmälningar på största allvar och påskynda alla beslutsprocesser. Att familjer får det stöd och den service de har rätt till är av avgörande betydelse för barns livssituation.

Beslutsfattandet när det gäller om-

händertagande av barn i risk och vårdnadsfrågor för barn i utsatta situationer kan vara komplext och utgå från olika värdegrunder. Det kan ibland bli en utdragen procedur och barn blir inte alltid på bästa sätt omhändertagna i det sociala välfärdssystemet. De kan under lång tid befinna sig i en krissituation både individuellt och som grupp. Det senare är ensamkommande barn ett exempel på där omhändertagandet i olika kommuner inte är transparent och där de som grupp till stor del osynliggörs. Uppdateringen av utredningssystemet Barns behov i centrum (BBIC, 2015) är ett exempel på detta, men så är även den bristfälliga centrala statistik som finns. Barns och ungas problem ses ofta som alltför svåra för att de skall kunna få ta del av terapeutiska insatser (se Gilbert et.al, 2009). När det gäller forskning om situationen för barn med komplexa behov så genomförs förhållandevis få studier trots att det är känt att de är mest utsatta (Hart.m.fl., 2014).

Många barn i utsatta situationer eller med särskilda behov ”kommer och går” i kontakt med olika professionella verksamheter, med en serie av korta och avbrutna insatser. Inom socialtjänstens barn- och ungdomsverksamhet i Sverige har rapporterats bristande stabilitet som även lett till bristande kompetens inom myndighetsutövningen. LVU-utredningen betonar att det är nödvändigt att komma tillrätta med detta (SOU 2015:71).

En mycket stor grupp av barn socialtjänsten har ansvar för och placeras är asylsökande ensamkommande barn. Sedan juli 2006 har kommuner-

na och socialtjänsten tagit över ansvaret från Migrationsverket för att ordna boenden för ensamkommande barn. De kan då placeras i familjehem, jourhem, HVB-hem och sedan 2016 även i stödboende. Det är en boendeform som succesivt växt fram i takt med att allt fler ensamkommande barn kommit till Sverige. År 2015 kom 70 384 asylsökande barn till Sverige varav hälften (35 369) var ensamkommande barn (Migrationsverket, 2016). Så många som 66 procent av de ensamkommande barnen kom från Afghanistan. De ensamkommande barnen som kom med den stora flyktingvågen under 2015 var till större andel än tidigare pojkar. Det kom bara 8% flickor medan det 2014 kom 19% flickor. Det sker en könad migration från sju års ålder och uppåt. Bland förskolebarn är det lika många flickor som pojkar.

En studie av ensamkommande barn som 2008 placerats i Göteborgsregionen visade att den vanligaste boendeformen var att bo i släktinghem och att de ofta stannade kvar där (Strettemo & Melander, 2013). Barn vars första boendeform var transitboende bytte boende flest gånger. I studien granskades skälet till 86 ensamkommande barns flyttningar. De hade sammanlagt flyttat 152 gånger. De vanligaste skälen till flytt var att ungdomen själv velat flytta (63) eller att kommunplacering skett (40). Men ett förhållandevis vanligt skäl till flytten (25), var enligt socialtjänsten, att barnen på olika sätt riskerade att fara illa i sitt boende. För att möta behoven hos barn som lever i utsatta situationer eller har särskilda behov har en modell för resiliensskapande insatser utfor-

mats där barns delaktighet utgör basen liksom engagemang av för barnet betydelsefulla personer. Resiliens är ett begrepp som av forskare definierats som ”a class of phenomena characterised by good outcomes in spite of serious threats to adaptation or development” (Masten, 2001, s. 228).

Den teoretiska modellens succesiva framväxt

Den resiliensskapande modellen har succesivt växt fram från resultat som presenterats i vetenskaplig litteratur, från seminarier inom akademien och från kunskap som testats i den ”tysta” praktiken. Den tysta praktiken härrör bland annat från författarnas egna erfarenheter av aktiviteter tillsammans med ensamkommande barn, familjearbete i specialiserade verksamheter, workshops med föräldrar och genomförda vetenskapliga studier samt att båda är adoptivföräldrar till barn med särskilda behov. Barnen har vid adoptionerna varit i olika åldrar och haft olika erfarenheter och behov. Flera av dem har funktionsnedsättningar. De har tidigare flyttat mellan flera olika typer av placeringar och upplevt en instabil tillvaro. Tillämpning av kunskap från den tysta praktiken har lett till utveckling av nya begrepp som inte formulerats inom forskningen. Bland de kärnkompetenser som ingår i resiliensmodellen är att acceptera och bevara, men det är även viktigt att visa engagemang samt att engagera andra betydelsefulla personer. Av avgörande betydelse är att interventionen sker tillsammans med barnet och att barnet i linje med FNs konvention

om barns rättigheter får göra sin röst hörd och blir lyssnad till (UNICEF, 2015).

Att ta sig upp ur en svår situation

RTmodellen beskriver en resultatfokuserad strategi för att möta behoven hos barn och unga i utsatta situationer (se Boing boing 2016; Hart, Blincow & Thomas, 2008) Modellen utnyttjar strategiskt viktiga terapeutiska principer och evidensbaserade mekanismer för att hitta de bästa sätten att hjälpa barn och unga att ta sig upp [bounce up] när livet är särskilt tufft. Författarna använder begreppet att ta sig upp, hellre än begreppet ta sig tillbaka [bounce back] helt avsiktligt. Många barn och unga har sällan, om ens någonsin, befunnit sig i en situation som det är värt att komma tillbaka till eller som för de ensamkommande barnen finns kvar. Resiliensmodellen är en interventionsmodell som syftar inte bara till att hjälpa barn och unga att bli mer motståndskraftiga, utan innebär även att personer i deras omgivning får arbeta på ett kreativt sätt tillsammans med barnet. Med barn menar vi i den här artikeln någon som är under 18 år. Begreppet barn kan användas synonymt med barn/unga. Med ensamkommande barn menas barn under 18 år som vid ankomsten till Sverige är skilda från båda sina föräldrar eller från någon annan vuxen person som får anses ha trätt i föräldrarnas ställe, eller som efter ankomsten står utan sådan ställföreträdare. RTmodellen är interaktiv och får konsekvenser även på systemnivå då den påverkar

hur olika insatser organiseras och genomförs. Ambitionerna som uttrycks och handlingar som genereras inom det resiliensskapande arbetssättet sker i ett samspel mellan människor. Interventionen som syftar till att förbättra barns/ungas funktion kan i många olika sammanhang användas av professionella, men även av föräldrar och andra betydelsefulla personer som till exempel far- och morföräldrar eller andra i barnets omgivning.

Modell för resiliensskapande insatser: Handlandets magiska box

I den fortsatta texten ingår professionella, föräldrar och andra i begreppet ”betydelsefulla personer”. Utifrån resiliensmodellen ska ojämlikhet i hälsa och välfärd både på individuell nivå och på systemnivå bekämpas. Det innebär att frontlinjens insatser måste vara pragmatiska och kunna anpassas till många olika situationer. Det beskrivs i fortsättningen som en ”elastisk terapeutisk stil” när betydelsefulla personer använder sig av kreativa insatser på mikro-terapeutisk nivå. Det har avgörande betydelse att det genomförs insatser men även att de genomförs nu och inte skjuts på framtiden. Denna artikel fokuserar på att tillämpa principerna i resiliensskapande arbete där barnet är en central aktör och använder termerna terapi och ”terapeutisk praktik” ganska löst för att beskriva arbetet som görs av betydelsefulla personer i en stödjande relation tillsammans med barn i en utsatt situation (Hart, Blicow & Thomas, 2008; Hart m.fl., 2014).

Inom resiliensmodellen betraktas de ovanstående komponenterna som genomgående och mycket viktiga att agera utifrån. I Figur 1 illustreras kärnan i det resiliensskapande arbetet för barn och unga utifrån fem huvudsakliga arenor. De fem arenorna är; *basala förhållanden*, *tillhörighet*, *lärande*, *coping* och *jagets kärna*. I modellen presenteras olika verktyg med läkande kraft som stärker motståndskraften hos barn och unga samt främjar en positiv utveckling (se Masten, 2001). De flesta verktygen innebär en tillämpning av olika forskningsresultat. Samtidigt som modellen identifierar verktyg som kan vara funktionella på de olika arenorna, uppmuntras betydelsefulla vuxna omkring barnet att använda sin fantasi och kreativitet i sin strävan att stärka barnets motståndskraft.

Arenorna basala förhållanden, tillhörighet och lärande handlar om förhållanden, strategier och metoder som kan användas i direktkontakt med barn och föräldrar, men också för att nå ut till andra. *Basala förhållanden* är det som behöver finnas tillgängligt för att barnet skall kunna leva på ett bra sätt (t. ex mat, bostad, hälsa). *Tillhörighet* innebär att det är viktigt att hjälpa barnet att skapa och behålla positiva relationer. Det finns många vetenskapliga bevis för att tillhörighet är en viktig faktor för utvecklingen av motståndskraft (Ascher, 2009). Vissa forskare går så långt som till att hävda att tillhörighet är motståndskraftens hjärta (Fonagy, Steele, Higgitt, & Target, 1994). *Lärande* inbegriper inte bara att arbeta på ett effektivt sätt med barnens skolgång utan innebär även att hjälpa dem med livskunskap och

Modell för resiliensskapande insatser med barn och unga – en magisk box					
BASBEHOV	TILLHÖRIGHET	LÄRANDE	COPING	JAGETS KÄRNA	
Tillräckligt bra boende	Hitta någonstans där barnet/den unge kan höra till	Få livet i skolan att fungera så bra som möjligt	Förstå gränser och hålla sig inom dem	Inglut en känsla av hopp	
Tillräckligt med pengar att leva på	Hjälpa barnet/den unge att förstå sin plats i världen	Engagera mentorer för barnet/den unge	Vara modig	Stötta barnet/den unge att förstå andra människors känslor och handlingar	
Vara trygg och säker	Dra nytta av goda influenser	Gör tillsammans med barnet/den unge en karriär – och livsplan	Lösa problem	Hjälpa barnet/den unge att lära känna sig själv	
Tillgänglighet och transport	Skapa möjlighet till delaktighet			Förverkliga intresse och talang	
	Håll relationer vid liv (även via sociala media)	Stöd barnet/den unge med vardagslivets pussel	Se saker från den ljusa sidan	Hjälpa barnet/den unge till ökat ansvarstagande för den egna personen	
Hälsosam kost	Ju fler sunda relationer med tilltro o hoppfull anknytning desto bättre	Lär barnet/den unge att sätta gränser och söka skydd när det behövs	Lugna ner sig och dämpa/trösta sig själv	Stötta barnets sociala skicklighet/kompetens	
Motion och frisk luft	För samman personer som barnet/den unge kan räkna med	Diskutera värdegrundsfrågor med barnet/ den unge		Öka barnets/den unges självständighet	
Tillräckligt med sömn	Ansvar och skyldigheter	Stötta barnet/den unge i att utveckla sin talang och sina intressen	Kom ihåg att i morgon är en ny dag		
Lek och fritid	Fokusera på goda stunder och sammanhang	Uppmärksamma goda idéer och framsteg som skett	Luta sig mot andra när det behövs		
Inte utsätts för fördomar och diskriminering	Hjälpa barnet/den unge att förstå sin bakgrund på ett meningsfullt sätt	Utveckla livskunskap	Ha kul		
	Förutse när något nytt o positivt kan inträffa				
	Skaiffa vänner och umgås med andra barn/unga samt personer i olika åldrar				Det finns prövade och testade behandlingsmetoder för specifika problem, använd dem
SPECIFIKA TILLVÄGÅNGSSÄTT					
ACCEPTERA	BEVARA	LYSSNA TILL BARNET/DEN UNGE	ENGAGEMANG	ENGAGERA ANDRA	
VIKTIGA PRINCIPER FÖR BEMÖTANDE					

Figur 1 Ramverk för resiliensskapande insatser – en magisk box (Hart, Blincow & Thomas, 2012/ bearbetad Brunnberg, 2016).

att upptäcka sina talanger, intressen och identitet. Strategier för arenorna *coping* respektive *jagets kärna* innehåller olika mikro-terapeutiska insatser som utformats till stor del för att arbeta direkt med enskilda individer. Det finns en överlappning mellan arenorna *coping* och *jagets kärna*. Den stora skillnaden är att *jagets kärna* fokuserar på ett intrapersonellt arbete där uppbyggnad av tillit, delaktighet och mognad blir centralt. *Coping* gäller strategier barnet kan utveckla för att möta olika förväntningar från omgivningen i den aktuella situationen. De kan vara både emotionellt fokuserade och problemfokuserade *coping*strategier. Det är strategier för att i stunden hantera situationen, snarare än att vänta på en djupare personlighetsförändring.

Hoppfulla anknytningar och positiva erfarenheter

En nyckelstrategi i modellen är – ta vad du kan från alla relationer där det finns något av en positiv förväntan, det vill säga lite hopp. Detta uttrycks i fortsättningen som ”hoppfulla anknytningar” (Hart, 2005). Hoppfulla anknytningar är människor som bryr sig om barnet/den unge. Det är inte nödvändigtvis de människor som arbetar mest med barnet. Barnets/den unges relation till sin familj är ett betydelsefullt emotionellt sammanhang där det ofta finns psykologisk sårbarhet och där ”hoppfulla anknytningar” särskilt behöver vårdas. Ytterligare en viktig komponent är att försöka förutse när en bra upplevelse tillsammans med någon kan ske eller när något nytt kan inträffa dvs. att barnet/ung-

domen får en ny positiv erfarenhet.

Utsatta barn är inte ansvariga för sina motgångar, även om deras agerande kan leda till att de fortsätter med ett destruktivt beteende. RT uppmuntrar ändå barn/unga att röra sig mot en positiv och inre position av kontroll, att acceptera eget ansvar samt att tackla motgångar.

Ett exempel på en grupp barn där resiliensmodellen kan vara användbar är ensamkommande barn (Brunnberg, 2015). Internationell forskning visar att ensamkommande barn trots att de kan ha utsatts för brutala erfarenheter visar på resiliens (Wade, Shirriyeh, Kohli, & Simmonds, 2012; Brunnberg, Borg & Fridström, 2011; Brunnberg 2015). Ensamkommande barn drabbas dock oftare än andra barn av posttraumatiskt stressyndrom (Eide & Hjern, 2013). Några svenska studier visar att ensamkommande barn även under vistelsen i Sverige kan ha blivit misshandlade, mobbade, dåligt bemötta och att det funnits bristfällig organisation av mottagandet av gruppen (Brunnberg & Aytar, 2012; Azimi, & Brunnberg, 2014; Stretemo & Melander, 2013; Backlund, Eriksson, Von Greiff & Åkerlund, 2012). Det är en särskilt sårbar grupp bland annat för att de saknar nära relationer som kan hjälpa dem att hantera svåra händelser. Att ensamkommande barn kan återupprätta relationer med betydelsefulla personer i tidigare livssituation på ett nytt sätt eller skapa nära relationer i sitt nya ekologiska sammanhang är viktigt för barnets fortsatta välbefinnande. I ett resiliensskapande arbete kan barnet få stöd att hitta och återetablera hoppfulla anknytningar

via sociala media eller mobiltelefoni. Det kan till exempel vara fortsatt kontakt online med en förälder som finns i ett annat land (Brunnberg & Aytar, 2012). Nära relationer kan även nyetableras genom att barnet får relationer i Sverige som han/hon uppfattar som tillitsfulla. Det kan vara till släkt som redan befinner sig i Sverige eller till andra. Barn som inte har någon anhörig i Sverige, kan etablera transnationella kontakter med anhöriga var de än befinner sig (Hessle, 2009). Samtidigt rapporterar forskare som följt ensamkommande barn i Sverige mellan 2003 och 2012 att det gått bättre för de ensamkommande barnen att etablera sig jämfört med de barn som kommit till Sverige tillsammans med sina föräldrar (Celikaksoy & Wadensjö, 2015). Skillnaden är tydligast för flickorna. Det kan finnas flera möjliga förklaringar till detta men en tänkbar förklaring kan vara att de ensamkommande barnen får mer stöd för att komma in i det svenska samhället än de barn som kommer med sin familj. Det är alltså en komplex och ibland motsägelsefull bild som träder fram av den begränsade kunskap som finns 2016 om barn i migration, men för ensamkommande barn rapporteras ofta resiliens.

Utmaningar för resiliensskapande insatser i komplexitetens kontext

Som tidigare beskrivits utgår RT-modellen från nyckelbegrepp inom vetenskaplig litteratur när det gäller resiliens. Målsättning med insatserna är att ojämlika villkor för barns/

ungas hälsa och välfärd skall minimeras. Den svenska folkhälsopolitiken och vården av barn och unga utgår från alla människors lika värde (SOU 2000:91, SMT, 2015). Målet är att nå en god hälsa på lika villkor. Det krävs därför att de stora skillnaderna mellan olika gruppers hälsa minskar och att alla barn får likvärdiga uppväxtvillkor. Att placerade barn och unga som grupp har sämre fysisk och psykisk hälsa än andra barn har under senare år ökat.

Den svenska barnpolicyn betonar att barnrättsperspektivet skall få genomslag för varje barn och ungdom som behöver skydd och vård (SOU 2015:71). Det finns en plan att göra FNs konvention om barns rättigheter till svensk lag (Regeringskansliet, 2015). Det krävs då inte bara förändrad lagstiftning utan även kunskapsutveckling samt systematisk uppföljning på alla nivåer för att tillförsäkra att barn och unga även i utsatta situationer får skydd och god vård. Vården ska präglas av kontinuitet och bygga på respekt för barns och ungas människovärde och integritet. I den nya lagen med särskilda bestämmelser för vård av barn och unga (LVU) kommer barnet att vara rättighetsbärare (SOU 2015:71). Vård ska bedrivas i samverkan mellan berörda professionella aktörer och ges utifrån en helhetssyn. En annan grundläggande rättighet som lyfts fram i LVU-utredningen är barns och ungas rätt till information och delaktighet. Det föreslås även att en hälsoundersökning skall ske i samband med placeringen för att öka barns hälsa. Samtidigt inrättades 1 januari 2016 en ny placeringsform för

barn och unga i åldern 16-20 år – ett stödboende med lägre personaltäthet (Meddelandeblad, 2016). Det huvudsakliga syftet med stödboendet är att ungdomar under trygga former skall kunna träna och förbereda sig för ett självständigt boende. Den 1 juli 2016 införs även en ny lag som innebär att en kommun efter anvisning är skyldig att ta emot en nyanländ invandrare för bosättning i kommunen (Ds 2015:33). Migrationsverket ska för ensamkommande barn i första hand anvisa en kommun dit barnet anses ha viss anknytning t.ex. genom att en släkting bor i kommunen. Flyktmottagandet är ett gemensamt ansvar för samhället och kommuner som tidigare inte har någon erfarenhet av att ta emot ensamkommande barn måste göra det. Det kommer sannolikt att ske en utveckling av nya boende- och tillsynsformer med lägre krav på professionell kompetens och personaltäthet än tidigare.

Stress, låg status och nyutbildad

Det är en utmaning att behandla barn vars liv är i ständig limbo eller på annat sätt problematiskt. De som arbetar med resiliensskapande insatser betraktar dock sådana situationer som en utmaning snarare än som en risk för misslyckande. I arbetet med barn och unga som befinner sig i situationer där det finns multipel problematik och utsatthet finns professionella utmaningar på många nivåer. RT-modellen är utformad för att kunna hantera dem. Det är en känslomässigt påfrestad situation för många välfärdspersonella att bedriva ett ar-

bete med mycket låga förhoppningar om ett positivt resultat. Arbetet kan upplevas som stressigt för socialsekreterare i många kommuner och barn får inte det stöd de behöver (Regnér & Grefve, 2015). Som en konsekvens av detta kan socialsekreterarna ta till ett professionellt försvar som får klienten att känna sig anklagad och sjukförklarad (Hart & Freeman, 2005; Menzies-Lyth, 1988). Att arbeta med utsatta barn har ofta en förhållandevis låg status i samhället. Det i sin tur leder ofta till att anställda som är nyutbildade, lägst kvalificerade och sämst betalda blir de som får arbeta med barn och unga som har den mest komplexa situationen (Tham, 2011, 2014). Den svenska sociala barnavården betraktas som ett angeläget utvecklingsområde. På socialchefsdagarna 2015 bedömdes att det omgående behövs fler utbildningsplatser för socionomer. Detta tillsammans med en nationell yrkesintroduktion liknande läkarnas AT-tjänstgöring och ett nära ledarskap skulle på sikt kunna minska personalomsättningen samt ”råda bot på kompetensbristen” (Socialchefsdagarna, 2015).

Nya målgrupper

Det finns alltså behov av långsiktig kvalitetshöjande förändring av handläggningen inom socialtjänsten men det kan även både administrativt och professionellt finnas en önskan om att göra handläggning inom verksamheten snabbare. Socialtjänsten har inte minst genom de stora strömmarna av migranter och då särskilt ensamkommande barn fått delvis nya målgrupper

att arbeta med och en stor utmaning. En fråga som socialtjänsten nu generellt brottas med är om insatser kan utföras på ett annat sätt? (Socialchefsdagarna, 2015). Den särskilda kompetens som behövs för arbete med samhällets mest utsatta barn kan ibland beskrivas som att den saknas eller att barnet hellre borde tas omhand av någon annan verksamhet. Det kan leda till att de mest utsatta barnen och deras föräldrar bollas mellan olika verksamheter där ingen samordning sker för barnets bästa (RiR 2011:17; Åkerström, Hansen, & Brunnberg, 2016). Resiliensmodellen med sin utgångspunkt i barns och ungas situation här och nu samt ett arbete tillsammans med barnen för att på en gång genomföra insatser motverkar de negativa strategierna att bara bolla vidare till någon annan eller att vänta tills barnets liv stabiliserats.

Barns rättigheter

Politiskt kan engagemang för utsatta barn i kris vara komplicerat. Dessa barn med sina familjer prioriteras sällan av myndigheterna och de har få företrädare som bedriver lobbyverksamhet. När till exempel skolan eller myndigheter sätter in åtgärder så beskriver barn att det sker över deras huvuden (Malmberg, 2015). Barn som lever i utsatta situationer har mycket liten erfarenhet av att själva få göra sin röst hörd trots att de har rätt att bli lyssnade till (Brunnberg & Visser-Schuurman, 2015). Barn, i synnerhet barn i utsatta situationer el-

ler med särskilda behov behöver mer information om sina rättigheter för att överhuvudtaget känna till att de har mänskliga rättigheter. Den stat som undertecknat FN:s konvention om barnets rättigheter¹ skall vid alla åtgärder låta barnets bästa komma i främsta rummet (artikel 3). Alla barn har lika rättigheter och skall skyddas mot diskriminering (artikel 2). De har rätt till fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning om de utsatts för någon form av vanvård, utnyttjande eller övergrepp; tortyr eller någon annan form av grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning; eller väpnade konflikter (artikel 39). I RTmodellen läggs specifikt fokus på barns delaktighet samt ojämlikhet och social utfrysning. Arbetet sker på ett sådant sätt att betydelsefulla personer inte skall bli överväldigade av olika barriärer utan fokusera på vad som kontextuellt kan göras för att öka barnets resiliens, oavsett varje barns förmåga att övervinna motgångar. Därigenom undviker RT de potentiella anklagelserna mot det enskilda barnet av att ”inte ha det som krävs”. Ändå kan inte individ och personlighetsdrag eller familjebakgrund helt förbises. Utifrån ett hälsofrämjande jämlikhetsperspektiv kan man argumentera för att barn med begränsad individuell förmåga ska prioriteras och inte det motsatta. Här finns också en spänning mellan att erkänna strukturella förklaringar till barnets besvärliga situation och att hjälpa dem utveckla egna förmågor för att få en bättre situation. I prak-

¹ Alla länder utom USA hade i november 2015 ratificerat FN:s konvention om barnets rättigheter.

tiken kan debatten polariseras, där den ena sidan ser barn som offer och den andra gör barnet helt ansvarig för sitt öde. Men ur ett rättighetsbaserat perspektiv kan man se barnet som en aktör men i en utsatt situation vilket innebär att barnet inte är helt ansvarigt för sitt öde och kan skuldbeläggas utan behöver betydelsefulla vuxnas stöd. De kan vara professionella eller icke-professionella betydelsefulla personer som gärna kan få vägledning av professionella.

Insatser tillsammans med barnet

Tekniskt sett kan beslut som rör diagnostisering eller ingripanden vara problematiska när barnets situation är oklar eller kronisk. Barn kan av en del professionella behandlas strikt i linje med verksamhetens inriktning snarare än att utgå från barnets/den ungas behov, som RT uppmanar till. Det innebär att perspektivet behöver ändras från verksamheten till barnet/den unge och från detalj till helhet. Det innebär även ett skifte från osynliggörande av barn i utsatta situationer till alla barns lika rättigheter och rätt att bli hörda. Det kan finnas en lockelse i att betrakta barn som uppvisar extrema beteenden som någon annans ansvar. Samtidigt är det mer produktivt, om än svårare, att komma fram till vad som kan göras (Grant, Mills, Mulhern & Short 2004). I och med långsiktiga konsekvenser av diagnostisering av barn i tidig ålder och den brist på helhetsfokus som kan uppstå måste diagnoser sättas med försiktighet. Föräldrar kan i den akuta situa-

tionen se diagnoser som en användbar strategi för att få tillgång till den hjälp de behöver. Ett utvecklat resiliens ordförråd skulle kunna hjälpa professionella, föräldrar och andra betydelsefulla personer att undvika ett exklusivt sökande efter patologi och brister i barns psykiska hälsa (Masten 2001, Wolin & Wolin 1994). Fokus kan istället läggas på hur och av vem den bästa insatsen kan göras kan ske.

Resiliensskapande insatser som strategisk praktik

Som ett strategiskt tankesätt och ingripande använder sig RTmodellen av Bonn's (2001) tre attribut; *en holistisk systematisk förståelse* för organisationen och dess miljö, att känna igen länkar och strukturerna inom de olika sub-strukturella relationerna; *kreativitet*, att tänka "utanför stupröret" för att komma på nya idéer och hela tiden omarbete gamla idéer och arbetssätt; och en *framtidsvision*. Den RTmodell som presenteras i den här artikeln kräver även ett fjärde attribut; *förståelse av vad som hjälper barn och föräldrar att uppnå bättre resultat än förväntat och att operationalisera detta i praktiskt rutinarbete*.

Begreppet "strategiskt" används inte speciellt ofta när det gäller terapiformer som inkluderar barn. Strategiskt tänkande har sin plats i vårt arbete. I arbetet med utsatta barn är det av avgörande betydelse att ge positiv energi till barnet. Ett strategiskt tänkande hjälper oss till detta och kan bidra till att skapa en vision samt att upprätthålla och förnya visionen (Peters i Reimann & Ramanujam, 1992).

Till hjälp i det strategiska tänkandet är en kombination av analytisk metod och tankemässig elasticitet med plats för nya idéer (Ohmaes, 1983). Det är även en syntes mellan intuition och kreativitet (Mintzbergs, 1994). Stödande aktiviteter behöver fokusera på steg som motverkar negativa kedjereaktioner och istället bygger upp positiva kedjereaktioner (Rutter, 1990). Fastän det är mycket lättare sagt än gjort måste uppmärksamhet läggas på den här dynamiken. Vad som räknas som trauma för vissa kan faktiskt ses som bidragande till resiliens hos andra (Hart et al. 2007). RTmodellen erbjuder ett ramverk för strategisk praktik i relation till det individuella barnet.

Praktiska implikationer för resiliensskapande insatser

Det resiliensskapande arbetssättet är reflexivt lika mycket för de utövande praktikerna som för det utsatta barnet och barnets familj. Den *magiska boxen* och användningen av de specifika insatserna den innehåller kan ses som verktyg för att öka de utövande praktikernas status och deras egen resiliens i skenet av det arbete som krävs. Till exempel innebär tillämpningen av RTmodellens viktiga princip *acceptans* att de utövande praktikerna på ett detaljerat sätt fördjupar sig i barnets liv. Medan en genomläsning av barnets journal kan få interventionen att framstå som en skrämmande uppgift kan det även innebära att praktikern får syn på någon detalj som tycks ha särskild betydelse. Att påverka just den detaljen skulle

kunna leda till förändring och därmed vara ett verkningsfullt resiliensskapande handlings sätt. Förståelse av detaljer i ett barns liv hjälper oss att undvika generalisering, defensiv intervention och att använda ett patologiserande språk. Med *bevarande* menas att allt som redan fungerar för ett barn skall finnas kvar och stärkas. Att jobba med detta på ett konstruktivt sätt är en fungerande strategi. Bevarande innebär också att hålla igen på de egna reaktionerna och att inte låta dem spilla över till alltför starka reaktioner. *Engagemang* har visat sig vara en av de svåraste delarna i RTmodellen, då det ligger nära att det kan leda till ökat beroende. Vår erfarenhet är dock att engagemang leder till motsatsen och möjliggör kontakt. *Mobilisering* bekräftar att praktikern sällan ensam kan förändra barnets utsatthet utan behöver arbeta i samverkan med andra. Däremot måste man undvika samarbete som bara är förvirrande och den tröghet som kan följa av ineffektiv inblandning av för många vårdgivare.

RTmodellens viktiga principer bygger upp varje insats men man måste ändå räkna med komplexiteten och de många försvårande processer som upprätthåller barns utsatthet. När man förstår detta behöver det resiliensskapande arbetssättet sättas igång med jämlikhet som målsättning. Det finns alltid något vi kan göra, även i en gräslig situation. I komplexiteten kan små saker ofta ha en avgörande betydelse. Bara en enda ny erfarenhet kan räcka för att öppna upp en helt ny horisont för barnet. Vi behöver vara realistiska men också hoppfulla för

att pröva och åter igen pröva det vi tror kan fungera. Denna obevekliga strävan att göra skillnad är nyckeln inom det resiliensskapande arbetssättet. Hoppfullhet är ett aktivt arbete.

Referenser

- Ascher, H. (2009). Respekt och omsorg kan begränsa tidigare trauman. Ensamkommande flyktingbarn måste få stöd. Läkartidningen, 2009-04-28
- Azimi, D. & Brunnberg, E. (2014). Unaccompanied children in foster care in Sweden. in Children first, Better Public Spending for Better Outcomes for Children & Families. Euro child 11th Annual Conference co-hosted by Hope and Homes for Children Romania Bucharest, 26-28 November 2014
- Backlund, Å., Eriksson, R., von Greiff, K. & Åkerlund, E.-M. (2012). Ensam och flyktingbarn: barnet och socialtjänsten om den första tiden i Sverige (Forskningsrapport 2012:1). FOU Södertörn, ISBN 978-91-637-0715-5.
- Barnombudsmannen (2012). Signaler. Hämtat den 2015-08-25 från <http://www.barnombudsmannen.se/unga-direkt/files/Global/Publikationer/signaler2012.pdf>
- BBIC (2015). Den 6 februari hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/bbic/bbic-material>
- Boing boing (2016). What is Resilient Therapy? Hämtat 15 januari 2016 från <http://www.boingboing.org.uk/index.php/resilience-in-practice/what-is-resilient-therapy>
- Bonn, I. (2001). Developing strategic thinking as a core competency. *Management Decision*, 39(1), 63-71.
- Brunnberg, E. (2015). Janusz Korczak and the Rights of the Child. *International Recognized Multidisciplinary Research Journal. Golden Research Thoughts*, 4(9), ISSN No :2231-5063.
- Brunnberg, E. & Aytar, O. (2012). På väg in i det svenska samhället: slututvärdering av Solitario: dagverksamhet för ensamkommande barn i Eskilstuna. Eskilstuna: Mälardalens högskola
- Brunnberg, E., Borg, R.-M. & Fridström, C. (2011). Ensamkommande barn: en forskningsgenomgång. Lund: Studentlitteratur
- Brunnberg, E., Lindén Boström, M. & Berglund, M. (2008). Self-rated health, school adjustment and substance use in hard-of-hearing adolescents with multiple disabilities *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 13(3), 324-35.
- Brunnberg, E. & Visser-Schuurman, M. (2015). Speak up! Voices of European children in vulnerable situations. An explorative study of children's rights in Greece, Bulgaria, Hungary, Poland, Sweden, the UK, Ireland and the Netherlands. *The International Journal of Children's rights*
- Çelikaksoy, A. & Wadensjö, E. (2015). De ensamkommande flyktingbarnen och den svenska arbetsmarknaden. Rapport 2015:2. Hämtat den 15 januari 2016 från <http://www.su.se/om-oss/press-media-nyheter/nyheter/hur-har-det-g%C3%A5tt-f%C3%B6r-de-ensamkommande-flyktingbarnen-1.244984>
- Ds 2015:33. Ett gemensamt ansvar för mottagande av nyanlända. Hämtat den 4 februari 2016 från <http://data.riksdagen.se/fil/7B86AA26-A1F8-4214-8FE7-E56485217DC6>
- Eide, K. J. & Hjern, A. (2013). Unaccompanied Refugee Children: Vulnerability and Agency. *Acta paediatrica*, 12, s. 666-668.
- Fonagy, P. S. M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2), 231-257.
- Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Ferguson, D., Elspeth Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries in *Lancet*, 373, 68-81.
- Grant, A., Mills, J., Mulhern, R., & Short, N. (2004). *Cognitive behavioural therapy in mental health care*. London: Sage Publications

- Hart, A. (2005). Die allta'glichen kleinen Wunder: Bindungsorientierte Therapie zur Forderung der psychischen Widerstandsfähigkeit von Pflege- und Adoptivkindern [Ordinary magic: Attachment spells and resilient therapy with fostered and adopted children]. In K.H. Brisch & Th. Hellbrügge (Eds.), *Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie* [Children with no attachment: Deprivation, adoption and psychotherapy]. Stuttgart, Germany: Klett-Cotta.
- Hart, A., Blincow, D., & Thomas, H. (2007). *Resilient therapy with children and families*. London: Brunner Routledge
- Hart, A. & Freeman, M. (2005). Health care interventions: Making health inequalities worse, not better? *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 502-512.
- Hart, A. Blincow, D. & Thomas, H. (2008). 'Resilient Therapy: Strategic Therapeutic. Engagement with Children in Crisis', *Child Care in Practice*, 14: 2, 131-145.
- Hart, A. , Blincow, D. & Thomas, H. (2012). *Resilience Framework (Children & Young People)*. Hämtat den 5 februari, 2016 från <http://www.boingboing.org.uk/index.php/component/phocadownload/category/9-resilience-frameworks?Itemid=53>
- Hart, A., Heaver, B., Brunberg, E., Sandberg, A., Macpherson, H., Coombe, S., & Kourkoutas, E. (2014). Resilience building with disabled children and young people: A review and critique of the academic evidence base in *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 5(3), 394-422.
- Hessle, M. (2009). *Ensamkommande flyktingbarn men inte ensamma: tioårsuppföljning av ensamkommande flyktingbarns livsvillkor och erfarenheter som unga vuxna i Sverige (Avhandling)*. Stockholm: Pedagogiska institutet, Stockholms universitet.
- Malmberg, F. (2015). När barns verklighet gör fruktansvärt ont i Barnombudsmannen # Välkommen till verkligheten Barn och unga om samhällets stöd vid kränkningar och trakasserier i skolan. Hämtat den 30 juli 2015 från <http://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/valkommen-till- verkligheten.pdf>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Meddelandeblad. (2016). Ny placeringsform, stödboende för barn och unga 16-20 år. Hämtat den 4 februari 2016 från <http://www.soci.alstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20023/2016-1-1.pdf>
- Menzies-Lyth, I. (1988). *Containing anxiety in institutions. Selected essays, volume 1*. London: Free Association Books.
- Migrationsverket (2016). Hämtat den 4 februari 2016 från <http://www.migrationsverket.se/download/18.2d998ffc151ac387159e6c/1452178480208/Aktuellt+om+ensamkommande+barn+januari+2016.pdf>
- Mintzberg, H. (1994). *The rise and fall of strategic planning*. New York: Prentice Hall.
- Ohmae, K. (1983). *The mind of the strategist*. Harmondsworth, UK: Penguin. 144 A. Hart et al. Hämtat av University of Brighton den 16 May 2011.
- RIR 2014:22. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Hämtat den 25 augusti 2015 från http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/20716/RIR_2014_22_%20v%C3%A5rdval_Anpassad_2.pdf
- Regeringskansliet (2015). Barnkonventionen på väg att bli svensk lag Regeringen vill göra barnkonventionen till svensk lag. Det pågår en utredning som tillsattes i mars 2013. Hämtat den 20 september 2015 från <http://www.regeringen.se/artiklar/2015/02/barnkonventionen-pa-vag-att-bli-svensk-lag/>
- Regnér, Å. & Grefve, C. (2015). Regeringen stärker barnens rättigheter. Hämtat den 21 augusti 2015 från <http://www.regeringen.se/debatt-artiklar/2015/03/regeringen-starker-barnens-rattigheter/>
- Reimann, B. & Ramanujam, V. (1992). Acting versus thinking: A debate between Tom Peters and Michael Porter. *Planning Review*, 20, 36-44.

forskning och teori

- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, M. S. D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), Risk and protective factors in the development of psychopathology (pp. 181_214). Cambridge, UK: Cambridge University Press
- SMT (2015). Vård på lika villkor – lärande för en jämlik primärvård. Socialmedicinsk tidskrift, 92:2.
- Socialchefsdagarna (2015). Social hållbarhet på Socialchefsdagarna 2015 i Norrköping Hämtat den 8 november 2015 från <http://socialchefsdagarna.se/dokumentation/storforelasning-ar-2015/valfardsutvecklingen-enligt-fss/>
- SOU 2015:71 Barns och ungas rätt vid tvångsvård Förslag till ny LVU Del A och Del B Hämtat den 20 september 2015 från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2015/06/sou-201571/>
- SOU 2011:61. Vanvård i social barnavård – slutrapport. Hämtat den 5 februari 2016 från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2011/09/sou-201161/>
- SOU 2000:91 Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan. Hämtat den 21 augusti 2015 från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2000/12/sou-200091/>
- Stretemo, L. & Melander, C. (2013). Får jag vara med? erfarenheter från ensamkommande barn och ungdomar i Göteborgsregionen och arbetet med denna grupp. Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Sveriges Radio (2014). Kaliber fortsätter granskningen av socialtjänsten. Hämtat 2015-09-20 från <http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/465900?programid=1316>
- Tham, P. (2011). Arbetsvillkor i den sociala barnavården: förutsättningar för ett kvalificerat arbete. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete - Socialhögskolan. Avhandling.
- Tham, P. (2014). DN Debatt ”Socialsekreterares villkor har försämrats allvarligt” Publicerad 2014-10-11.
- Tinnfält, A., Eriksson, C., & Brunnberg, E. (2011) Adolescent children of alcoholics' perspective on disclosure, identification and support, The Child & Adolescent Social Work Journal DOI 10.1007/s10560-011-0225-1
- UNICEF (2015). Barnkonventionen. Hämtat 2015-09-20 från <https://unicef.se/barnkonventionen>.
- Wade, J., Sirriyeh, A., Kohli, R., & Simmonds, J. (2012). Fostering unaccompanied asylum-seeking young people. Creating a family life across a 'world of difference'. London: BAAF Adoption & Fostering
- Wolin, S., & Wolin, S. (1994). The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity. New York: Random House.
- Åkerström, J., Hansen, L. & Brunnberg, E. (2016). SAMFÖR - samordnat föräldrastöd för barn och unga med funktionsnedsättning, Studentlitteratur (under utgivning).

Senaste BUSbladet – specialnummer med fokus på ensamkommande flyktingbarn

Nyhetsbladet Bus – Barn i utsatta situationer ges ut av Nätverket för socialt arbete med Barn i Utsatta Situationer – BUS, Mälardalens högskola. Nätverket är rikstäckande med syftet att främja och samordna vetenskapliga insatser inom området socialt arbete med utsatta barn.

Senaste numret av Busbladet (Nr. 34, 15 februari 2016) är ett specialnummer med fokus på ensamkommande flyktingbarn.

Ladda ner numret som PDF:

http://www.mdh.se/polopoly_fs/1.85540!/Menu/general/column-content/attachment/BUS%20Nyhetsblad%2034.pdf

Samtliga nummer av Busbladet finns på Mälardalens högskola Eskilstuna Västerås hemsida:

<http://www.mdh.se/hvv/samverkan/projekt/busbladet-1.15951>