

Flyktinginvandring och bostads-segregation

Konsekvenser i familje- och samhällsperspektiv

Kjerstin Almquist

Staffan Janson

Trots en tydlig politisk intention om motsatsen har andelen flyktingar och invandrare under 1990-talet ökat mycket mer i vissa svenska bostadsområden än i andra. Det segregerade boendet innebär emellertid inte enbart nackdelar. En del flyktingföräldrar bedömer att närhet till landsmän och anhöriga är en viktig hälsofrämjande faktor som gynnar såväl barnens som deras eget välbefinnande. Flyktingföräldrars syn på vad som är bäst för barnen och dem själva kan lätt komma i konflikt med svenska myndigheters sätt att verka för de övergripande integrationsmålen. Ett mångkulturellt samhälle ställer krav på att de samhällsinstitutioner som har till uppgift att stödja och samverka med föräldrar om barnens bästa har förståelse för de skiftande behov och värderingar olika flykting- och invandrarföräldrar har. Ett exempel är hur förutsättningarna för barnhälsovårdens arbete förändras när andelen flykting- och invandrarfamiljer ökar i ett bostadsområde.

Kjerstin Almquist är fil. doktor i psykologi, leg. psykolog och leg. psykoterapeut. Hon är verksamhetschef för FlyktingCenter, Landstingets i Värmland öppna psykiatriska mottagning för flyktingar. Hon är även knuten till Karlstads Universitet. Staffan Janson är docent i pediatrik och universitetslektor i folkhälsovetenskap. Han delar sin tid mellan arbete som barnläkare med forskning inom primärvård och folkhälsa för landstinget i Värmland och Karlstads universitet.

Det decentraliserade flyktingmottagandet, eller "hela Sverige-strategien", som infördes 1985 syftade till att undvika etnisk boendesegregation i de större städerna (1). Som en följd av det decentraliserade flyktingmottagande har Värmlands län under 1980- och 90-talen utvecklats till en mångkulturell region där drygt 11 000 utlandsfödda medborgare med mer än 100 olika nationaliteter är bosatta, eller ca 4% av befolkningen (2). Den utomnordiska invandragruppen, vilken

utgör den dominerande andelen av de utlandsfödda i länet, består huvudsakligen av flyktingar. Värmland har under 1990-talet haft ett flyktingmottagande om 1,49 flykting per 1000 innevånare. Det överensstämmer i stort med riksgenomsnittet (1,52) och ligger i nivå med flyktingmottagandet i Stockholm (1,56) (3). Vid en inventering som gjordes av mödra- och barnhälsovården i Landstinget i Värmland 1998 fanns drygt 800 barn i åldrarna 0 till 6 år inskrivna från länder där flyktingsskäl

föränleder migrationen, vilket motsvarade 5% av det totala barnantalet.

Flyktinginvandrarna är dock inte jämnt fördelade mellan de värmländska kommunerna. Trots att samtliga kommuner haft ett organiserat mottagande är idag flertalet flyktingar bosatta i centralorten Karlstad med omkringliggande kranskommuner. I Karlstad är flyktinginvandrarna dessutom mestadels bosatta i ett par av bostadsområdena. Detta är bakgrunden till att 30% av barnen 1999 på grundskolenivå i Kronoparkens rektorsområde och 20% av barnen på Gruvlyckans rektorsområde i Karlstad hade flykting/invandrarbakgrund (uppgifter från respektive rektor). Inflyttningen av flyktingar till dessa områden har helt och hållet skett efter att det decentraliserade flyktingmottagandet i Sverige infördes.

Syftet med denna artikel är att beskriva hur vissa, men inte alla flykting- eller invandrargruppers syn på integration kommer i konflikt med den officiella svenska hållningen. Invandrargruppernas olika inställning bygger ofta på en medveten strategi för att tillskapa sig önskade sociala relationer, vilket i sin tur har betydelse för hälsa och välbefinnande.

1982 fanns endast tre invandrarfamiljer (varav ingen flykting) bosatta i Kronoparken i Karlstad. Det är idag det flykting- och invandrarstättaste bostadsområdet i Värmland. Efter 1985 har framförallt flyktingar från Iran, övriga Mellanöstern, Somalia och det forna Jugoslavien flyttat in i stadsdelen. Kartläggningar som har genomförts av barnhälsovården i centrala Kronoparken 1982, 1989 samt 1995 (4) visar hur andelen flykting- och invandrarbarn i området successivt har ökat (*tabell 1*).

Andelen familjer där båda föräldrarna hade svenskt ursprung sjönk under åren 1982-1995,

Tabell 1. Nationaliteter hos familjerna i centrala Kronoparkens barnavårdscentral upptagningsområde vid undersökningarna 1982, 1989 och 1995.

	1982		1989		1995	
	antal	proc	antal	proc	antal	proc
Båda föräldrar svenska	286	94	278	81	162	57
Ena föräldern svensk	13	4	16	4	18	7
Europeiska invandrare	2	1	1	-	4	1
Icke-europ invandrare	3	1	2	1	3	1
Europeiska flyktingar	0	0	0	0	32	12
Icke-europ flyktingar	0	0	47	14	60	22
Totalt	304	100	344	100	279	100

framförallt beroende på att andelen utomeuropeiska flyktingar ökade. Inflyttningen av flykting- och invandrarfamiljer innebar även att det genomsnittliga antalet barn per familj ökade, från 1,97 barn per familj 1982 till 2,37 barn per familj 1995. Det genomsnittliga antalet barn per familj var 1995 2,20 i familjer där båda föräldrarna hade svenskt ursprung och 2,59 i familjer där båda föräldrarna var flyktingar/invandrare. Efter 1995 har flyktinginvandringen i bostadsområdet framförallt utgjorts av kurder. Flertalet av dessa är kvotflyktingar som vistats i flyktingläger i Irak sedan krigsutbrottet mellan Iran och Irak 1980. I en kartläggning av de 96 kurder som togs emot som kvotflyktingar i Karlstad och Kils kommun 1997 var det genomsnittliga barnantalet per familj 4,7 (5). Även dessa familjer placerades i stor utsträckning i Kronoparken, där det fanns flest lediga lägenheter. Det genomsnittliga antalet barn per familj har

därför sannolikt ökat ytterligare i bostadsområdet efter 1995.

Det fanns även stora skillnader inom Kronoparkens bostadsområde avseende var flyktingarna och invandrarna var bosatta. Området består dels av villakvarter och bostadsrätter, dels av hyreslägenheter. De nyanlända flyktingarna placerades vid ankomsten i hyreslägenheter. Livsvillkoren för såväl de svenska familjerna som de invandrare som var bosatta i hyreslägenheter skilde sig markant från de familjer som var bosatta i egna villor eller bostadsrätter i samma område. I hyreslägenheterna bodde en betydligt större andel familjer, såväl svenskar som flykting/invandrare, som av olika skäl var i behov av särskilt stöd. Av *tabell 2* framgår, att detta speciellt beror på hög arbetslöshet, pensionering eller att flyktingföräldrar bedrev SFI studier. Däremot var inte diagnosticerad kronisk sjukdom eller långvariga beteende-

problem hos invandrare/flyktingar så vanliga som hos de svenska familjerna i samma lägenhetsområde.

Riskfaktorer för flyktingbarns hälsa och utveckling

Att vara barn och flykting innebär att under sin uppväxt utsätts för ett stort antal negativa faktorer. Flyktingbarnen har utsatts för krig och politisk förföljelse i hemlandet, de har förlorat hemmet och hembygden, de har förlorat ett stort antal viktiga människor som skulle ha funnits med dem under deras uppväxt, släktingar och kamrater, ibland har de till och med skilts från sina föräldrar. Minnen från krig och politiskt våld fortsätter att påverka barn och ungdomar som lever i exil i Sverige. Mardrömmar, påträngande minnesbilder och andra posttraumatiska symtom gör att smärtan håller sig kvar. Flyktingbarnens behov att bearbeta det de utsatts för innan de

Tabell 2. Procentandel familjer i centrala kronoparkens BVC upptagningsområde 1995 boende i privat hus (PR), bostadsrätt (BR) eller hyresrätt (HR). Invandrar/flyktingfamiljer (där 95 av 99 bodde i hyresrätt) redovisas i särskild kolumn (IF).

	Svenska familjer			
	PR	BR	HR	IF
Enfamiljshushåll	0	0	42 ***	11 *
Fader okvalificerad arbetare	30	33	58 **	42
Fader arbetslös, pensionär eller studerande	2	14	30 ***	72 ***
Moder arbetslös, pensionär eller studerande	13	8	52 ***	84 ***
Svag familjeekonom	0	0	12 *	2
Periodvis eller ständig socialhjälp	0	0	23 ***	40 ***
Föräldrar med kända alkoholproblem	0	0	7 #	1
Föräldrar med kronisk sjukdom	6	8	17 *	6
Barn med kronisk sjukdom	15	25 #	25 #	11
Barn bedömda för beteendeproblem	13	8	21 #	8
Känd barnmisshandel	0	0	7 #	4
Omhändertagna barn	0	0	5	1

Skillnader har signifikantstests med Chi-2 test från BR, HR och IF mot PR (som index; 1 frihetsgrad).

Graden av signifikans har ovan angetts med följande symboler :

= $p < 0,1$. * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$ *** = $p < 0,001$

Familjer som tvingas fly från sitt land och bosätta sig i exil påverkas starkt av de förändrade livsvillkoren

kom till Sverige lever därför kvar flera år efter att de anlänt (6).

Men flyktningbarns svårigheter ska inte bara beskrivas som posttraumatisk stress och minnena av det de lämnat bakom sig. Livet i exil innebär nya påfrestningar när barnen och deras föräldrar tvingas att anpassa sig till majoritetskulturens värderingar och förändrade livsvillkor för att bygga upp livet på nytt. De svårigheter det dagliga livet i Sverige innebär är förmodligen en minst lika stor belastning i deras fortsatta utveckling och för deras psykiska hälsa (7).

Familjer som tvingas fly från sitt land och bosätta sig i exil påverkas starkt av de förändrade livsvillkoren. Relationen mellan föräldrar och barn kommer därför också att förändras. Ett fungerande föräldraskap är avhängigt av att de vuxna är förankrade i en väv av värderingar, vanor och sedvänjor som stödjer deras föräldraauktoritet och att de är trygga i sin roll som föräldrar (8). Vad som är en bra förälder definieras olika i varje kultur och migration kan hota föräldrarollen om förutsättningarna för upprätthållande av föräldraauktoritet rycks undan i den nya kulturen (9). Det kan också orsaka stora problem om föräldrarnas kompetens och förmåga ifrågasätts av personal i barnomsorg eller barnhälsovård. Många flyktning- och invandrarföräldrar beskriver hur svårt det är för dem att förstå vad som förväntas av dem och hur svenska myndigheter menar att de ska uppfostra sina barn (10). Som ett exempel har i stort sett alla flyktninginvandrare som kommit till Sverige

informerats om att man inte får lov att aga sina barn. Men många föräldrar beskriver att man saknar en diskussion med de svenska informatörerna om hur man uppfostrar barn när man inte använder aga för att markera om något är fel (11). Ett annat hot mot föräldrabarn-relationen i samband med migration är det faktum att barnen i allmänhet förändras mer och snabbare av det omgivande samhället än vad föräldrarna gör (12). Det uppstår lätt konflikter i familjen, speciellt när barnen växer upp till tonåringar.

Att lära sig svenska och få kamrater att leka med är de centrala åldersadekvata uppgifterna för barnen i förskoleåldern. Deras framgång eller misslyckande i dessa avseenden kommer att vara avgörande för hur de sedan klarar sin skolgång. Den ökande boendesegregationen på Kronoparken innebar också en ökande segregation inom barnomsorgen. Medan vissa daghem i stort sett endast användes av svenska familjer kom flyktning/invandrarbarn att vara i majoritet bland barnen på andra daghem. Härmed hämmades barnens svenska språkutveckling. Barnhälsovården kunde konstatera att antalet barn med stora språksvårigheter ökade under 1990-talet (4). Detta gällde även för barn som var födda i Sverige, vars föräldrar hade flyktning/invandrarbakgrund. Segregationen i barnomsorgen var även svår att förändra eftersom svenskfödda föräldrar inte ville placera sina barn i dagisgrupper där flyktning/invandrarbarn dominerade i antal.

När man ser till flyktningbarns hälsa måste man tänka såväl på vad de utsatts för innan ankomsten till Sverige som hur deras liv ter sig här och utforma stödjande insatser med hänsyn till bådadera

När man ser till flyktningbarnens hälsa måste man således tänka såväl på vad de utsatts för innan ankomsten till Sverige som hur deras liv ter sig här. Trots svåra uppväxtvillkor visar flera undersökningar att många flyktningbarn mår allt bättre efter hand i det nya landet (13). Det förklaras av barnens förmåga att bearbeta sina svårigheter och anpassa sig till förändrade livsvillkor. Men barnens förmåga till bearbetning och bemästring är baserad på föräldrarnas och det omgivande samhällets stöd. När vår ambition är att stödja flyktning/invandrarbarns integration och hälsa är det därför angeläget att insatserna är i linje med de behov och bedömningar som föräldrarna gör av vad som är barnens bästa.

Flyktningföräldrars bedömning av vad som är barnens bästa

För många flyktningföräldrar har tanken på barnens framtid varit en av de starkaste drivkrafterna att fly för att söka sig till ett tryggare liv. Väl framme i Sverige pustar de flesta först ut, lyckliga för att deras barn och de själva inte längre är direkt utsatta för fara. Men efterhand inser de flesta föräldrar att nya svårigheter finns att hantera. Vad gör föräldrarna för att underlätta sina barns – och sin egen – integration i Sverige. Vad tänker de, att de kan göra för att deras barn ska få ett gott liv i sitt nya land, eller med andra ord: vad har de för hälsobefrämjande strategier? Ett par undersökningar som gjorts i Värmland av flyktningfamiljer och deras barn kan ge en bild av detta. Det gäller dels en studie av 50 iranska förskolebarn och deras föräldrar som bosatte sig i Värmland 1987 och som följdes upp två och ett halvt år senare, (6) samt en undersökning av kurdiska barnfamiljer, kvotflyktingar från flyktninglägret Al-Tash i Irak som kom till Karlstad och Kils kommuner 1997 (5). En

Att flytta beskrevs av många familjer som något av det viktigaste man kunde göra för att må bättre

jämförelse mellan dessa flyktninggrupper belyser såväl likheter som skillnader i hur föräldrar tänker om vad som är viktigast för att de själva och deras barn ska må bra och anpassa sig till ett liv i Sverige. Undersökningarna belyser även de individuella val och bedömningar som medverkar till respektive modifierar ett segregerat boende, vilket är vad vi avser att diskutera här.

Att flytta till en annan plats eller till en annan lägenhet beskrevs av många familjer, både iranier och kurder, som något av det viktigaste man kunde göra för att må bättre. De båda flyktninggrupperna gjorde emellertid olika bedömningar av vad som var det bästa boendet för att de själva och deras barn skulle må bra och få goda möjligheter i Sverige.

De flesta iranska familjer (81%) hade bytt lägenhet minst en gång mellan den första undersökningen efter ett år i Sverige och den uppföljning som gjordes två och ett halvt år senare. Vid uppföljningen beskrev de flesta föräldrarna (72%) att de var nöjda eller mycket nöjda med sin bostad. Flyttningarna uppvisade ett tydligt mönster:

- man flyttade från små kommuner på landsbygden in mot större städer.
- man flyttade från bostadsområden med låginkomsthushåll och sociala problem till medelklassområden.
- man flyttade närmare släktingar och vänner från hemlandet.

Att flytta till bättre bostadsområden (i betydelsen med färre låginkomsttagare och färre familjer med sociala problem) beskrevs av de

iranska föräldrarna som en mycket viktig förbättring, som de var övertygade om skulle förbättra deras barns chanser i framtiden såväl som deras egna. Den iranska flyktinggruppen flyttade således efterhand bort från hyreslägenheterna på Kronoparken till andra stadsdelar.

Eftersom familjerna initialt var beroende av ekonomiskt stöd från kommunerna dröjde det dock innan de kunde flytta, så som de önskade. Dels innebar det svårigheter att flytta mellan kommuner, dels svårigheter att flytta till bättre bostadsområden och dyrare lägenheter. Föräldrarnas önskan att flytta innebar därför ofta att de kom i konflikt med sin kommunala integrationshandläggare. Flyttningarna genomfördes ofta som ett resultat av föräldrarnas målmedvetna och mycket aktiva arbete trots myndigheternas motstånd. Familjernas önskan att flytta ifrågasattes också ofta av personal i skola och barnomsorg, som oroade sig för hur barnen som nyss "rotat sig" skulle påverkas av att bryta upp på nytt.

Barnen själva påtalade också ofta att de upprepade flyttningarna innebar att de om igen tappade kontakten med kamrater. Barnens brist på kamrater beskrevs också som ett av de största problemen såväl av föräldrarna som av barnen själva. Av de iranska barnen hade hela 54% ingen kamrat att leka med efter skoldagens slut. Många barn beskrev hur de längtade efter någon kamrat de haft på ett annat ställe i Sverige där de bott förut. Men många av barnen hade accepterat tanken på att man flyttar för att få ett bättre liv. De drömde om att flytta någon annanstans, kanske till ett annat land (oftast USA) när de blev stora. Deras fantasier var att allt skulle bli bättre för dem då (14)

De kurdiska familjerna hade dock en annan bedömning av vad som var viktigast för att

de skulle må bra när det gällde boendet. När de kurdiska familjerna kom till Sverige för att bosätta sig i Karlstad blev alla familjer utom två anvisade lägenheter i det tidigare beskrivna bostadsområdet Kronoparken. Två familjer anvisades lägenheter i andra bostadsområden. Dessa två familjer var mycket besvikna. De beskrev bostadens placering som det största hindret för att de skulle kunna må bra i Sverige och att en flyttning till de andra kurderna skulle vara det bästa sättet att stödja dem till bättre upplevd hälsa bland såväl vuxna som barn. Det var även så att kurder från Al-Tash-lägre som placerats i andra städer ansökte om bostäder på Kronoparkens bostadsområde för att komma närmare sina anhöriga.

De kurder som kom att placeras i närheten av varandra visade, till skillnad från de iranska flyktingarna, inget intresse av att flytta till "bättre bostadsområden". Att vara nära vänner och släktingar var för dem det allra viktigaste för att må bra och ha en god livskvalitet. De flesta av familjerna som placerades på Kronoparken 1997 hade nära anhöriga (föräldrars syskon med familjer eller föräldrarnas föräldrar med syskon) bosatta inom gångavstånd. Samtliga som hade släkt i Karlstad umgicks mycket ofta, vanligen dagligen. Umgänget med den utvidgade familjen eller slakten, samt även med andra kurder ur samma "klan" var basen för den sociala tillvaron.

Det sociala nätverket och de stora syskon-skarorna i de kurdiska familjerna innebar att barnen sällan hade några kamratsvårigheter som föräldrarna lade märke till. I bara fem fall av 60 (8%) menade föräldrarna att deras barn hade kamratproblem. Det segregerade boendet på Kronoparken underlättade för barnen att bevara befintliga relationer. De fort-

satte att leka med sina kusiner och med samma kamrater som de lekt med i flyktinglägret. Ensamhet, det vanliga problemet bland de iranska barnen, nämnades i stort sett aldrig av de kurdiska barnen eller deras föräldrar.

De kurdiska familjernas önskemål att bo alla tillsammans i samma bostadsområde var emellertid också en källa till konflikter med svenska institutioner. Från bostadsbolagens sida uttryckte man, att det var bättre att undvika att alltför många invandrarfamiljer bodde i samma bostadsområde. Detta önskemål låg i linje med den svenska integrationspolitiken och målsättningen att undvika segregerade bostadsområden. Även bland de kurdiska flyktingarna själva uttryckte man förståelse för att det var bättre att bo i "svenska bostadsområden" med tanke på framtida integration. Men det var ingen av de kurdiska familjerna som själva ville flytta bort från sina vänner och släktingar. De tyckte att det "i princip" var bättre att bo i områden med bara infödda svenskar men föredrog trots det att bo tillsammans med andra kurder.

Många föräldrar, både i den iranska och i den kurdiska flyktinggruppen, tillskrev således en eventuell flyttning kraften att förändra deras liv, att de skulle komma att må bättre och att deras barn skulle må bättre. Det var relativt vanligt att de vuxna begärde läkarintyg för att styrka att en flyttning skulle ha en avgörande betydelse för deras psykiska hälsa, speciellt om de bodde skilda från sina anhöriga. Sannolikt finns det här en konflikt mellan målsättningen att förhindra etniskt segregerade bostadsområden i storstadsområdena och den subjektivt upplevda hälsan hos relativt nyanlända flyktingar/invandrare.

Nya krav på barnhälsovården.

Den förändrade populationen i Kronoparkens

Ett ökat antal familjer med svåra livsvillkor innebar att förutsättningarna för barnhälsovårdens arbete förändrades och nya arbetsmetoder och förhållningssätt blev nödvändiga

bostadsområde med ett ökat antal flykting/invandrarfamiljer och även svenska familjer med svåra livsvillkor innebar att förutsättningarna för barnhälsovårdens arbete förändrades och nya arbetsmetoder och förhållningssätt blev nödvändiga:

1. Föräldrautbildningen hade varit strukturerad kring olika teman för barns olika åldrar. Uppläggningsen visade sig fungera dåligt för föräldrar med flykting/invandrabakgrund och generellt sett för lågutbildade föräldrar. En helt ny modell för föräldrautbildning utvecklades med baby-massage som inledande aktivitet vilken kunde fånga upp alla oavsett språkkunskaper. Den fortsatta föräldrautbildningen gavs i en informell atmosfär där föräldrarnas behov och önsningar var vägledande. Stor vikt lades vid att föräldrar som hade svårigheter att uttrycka sig språkligt skulle ges möjlighet att delta på andra sätt. I och med att föräldrautbildningen förändrats har antalet föräldrar i bostadsområdet som deltar ökat avsevärt.

2. Hälsoundersökningarna på barnavårdscentralen kombinerades med genomarbetad, enkel och tydligt formulerad information om barns hälsa och utveckling. Informationen var anpassad för att familjer i kris eller med svaga resurser skulle kunna tillgodogöra sig den.

3. Individuellt anpassad vård till alla flyktingbarn och deras familjer, framförallt under de första åren efter ankomsten till Sverige prioriterades. Den initiala hälsokontrollen hade

ofta förbisett viktig information, t ex att föräldrarna var analfabeter och inte kunde tillgodogöra sig skriven information, barnens vaccinationer, tandstatus eller psykiska trauman orsakade av krigsupplevelser eller politisk förföljelse. Ambitionen var att barnsjuksköterskan skulle lära känna varje flyktningbarns livsvillkor och tidigare erfarenheter lika väl som om barnet var fött i Sverige och följt på barnavårdscentralen från förlösningen. T ex erbjöd BVC-sköterskan ett hembesök till varje nyinflyttad flyktning- och invandrarfamilj på motsvarande sätt som hon besökte de nyförlösta. I båda fallen var hembesöket inledningen till en lång kontakt i syfte att skapa en förtroendefull och öppen relation som möjliggör för föräldrarna att ta upp olika problem relaterade till barnens hälsa och utveckling. För att få en förtroendefull relation till och korrekta uppgifter av föräldrarna var det viktigt att arbeta tillsammans med personlig tolk.

4. Ett närmare samarbete med de sociala myndigheterna utvecklades.

Barnfamiljer som flyttar till Sverige från länder där utvidgade familjebildningar har dominerat, och som har andra värderingar än de som dominerar i Sverige, kommer att påverkas och förändras efterhand. Det omgivande samhällets syn på hur föräldrar ska uppfostra sina barn kommer att interagera med de invandrade föräldrarnas tidigare etablerade uppfattning. (15). En del samhällen utsätter invandrare och etniska minoriteter för ett starkt tryck för att de ska assimileras med den kulturella majoriteten (så har situationen, åtminstone tidigare, varit i Sverige), medan andra samhällen är mer öppna för kulturell mångfald (16). På ett motsvarande sätt skiljer sig olika invandrargrupper åt med avseende på hur man reagerar på mottagarlandets förvänt-

ningar, bland annat beroende på varifrån man kommer och vilka planer man har för sin framtid. Flyktingar och invandrare som har tillhört en förföljd minoritet i sitt hemland har en helt annan förberedelse för livet i exil än de som i hemlandet tillhört den kulturella majoriteten. Flyktingar som tror att exilen är en kort parentes i deras liv och tänker återvända till hemlandet så snart det är möjligt hanterar inte mötet med mottagarlandet på samma sätt som de invandrare som menar att de lämnat sitt hemland för gott, kanske för att barnen ska få en bättre framtid. Välutbildade föräldrar som levt ett gott liv innan de tvingats fly av krigsutbrott eller politisk förföljelse har andra förutsättningar än lågutbildade föräldrar och familjer som levt många år i flyktingläger eller under andra extrema förhållanden.

Att stödja flyktingfamiljer till en god integration och livskvalitet är en angelägen uppgift för mottagarlandet. I Sverige är det explicita politiska målet att flyktingarna ska integreras, med samma sociala rättigheter och skyldigheter som den övriga befolkningen. Flyktingars särskilda behov av stöd för att uppnå god livskvalitet ses som en angelägen fråga (1). Men de ovan beskrivna undersökningarna visar också att flyktingfamiljers bemästringsstrategier och deras syn på vad som bäst gynnar deras välbefinnande lätt kan komma i konflikt med de svenska myndigheternas sätt att upprätthålla de politiska målen.

Interaktionen mellan flyktingfamiljerna och de svenska myndigheterna kan ses som en parallell till interaktionen mellan föräldrar och barn. Det svenska samhället ger en struktur som flyktingfamiljerna har att förhålla sig till. Deras beteende uppmuntras eller ogillas allteftersom det stämmer in med de samhälleliga

Ett gott flyktingmottagande innebär att man inte stelbent slår vakt om en policy som alla har att anpassa sig till, utan att man kan se till människors olika behov

målen. Föräldrarnas erfarenheter kommer i sin tur att påverka barnen och barnens upplevelse av i vad mån de hör till det svenska samhället eller inte. Ett gott flyktingmottagande innebär att man inte stelbent slår vakt om en policy som alla har att anpassa sig till, utan att man kan se till människors olika behov. Ett mångkulturellt samhälle ställer krav på insiktsfullhet och flexibilitet för att människors välbefinnande och livskvalitet ska gynnas. Det är angeläget att de samhällsinstitutioner som har till uppgift att stödja och samverka med föräldrar kring deras barn får förståelse för de varierande behov olika flykting- och invandrarfamiljer har. Undervisning om integration för professionella inom kommunal verksamhet och sjukvård bör mer än tidigare peka på de stora möjligheterna att samspele med, snarare än att ordna upp förhållandena för våra invandrare. Därigenom blir mångfalden uppskattad och den egna initiativkraften uppmuntrad vilket sannolikt leder till en förbättrad hälsa för invandrar- och flyktinggrupperna.

REFERENSER

- 1) Arbetsmarknadsdepartementet (1996). *Sverige, framtiden och mångfalden. Slutbetänkande från invandrarpolitiska kommittén*. SOU 1996: 55. Stockholm: Fritzes.
- 2) Statistiska Centralbyrån (SCB) (1996): *Utländska medborgare i Värmlandslän efter medborgarskapsland, tid och ålder*. Särtryck.
- 3) Statens Invandrarverk (1999): *På tal om invandrare*. Norrköping: Statens Invandrarverk.
- 4) Janson S, Dyhr-Nielsen M, Davidsson K & Magnryd B (opublicerad): Societal changes towards segregation mirrored by data from Swedish Child Health Care 1982-1995.
- 5) Almquist, K. (opublicerad). *Vidgade psykosociala ankomstintervjuer som underlag för tidiga insatser för att underlätta kvoflyktingars integration i Sverige*. Rapport från FlyktingCenter, Landstinget i Värmland och Centrum för folkhälsoforskning, Karlstads Universitet.
- 6) Almquist, K (1997): *Refugee Children. Effects of organized violence and forced migration on young children's psychological health and well-being*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Psykologiska Institutionen.
- 7) Janson S (1998): Faktorer som påverkar hälsan hos invandrar- och flyktingbarn. *Läkartidningen* 95:1951-1954.
- 8) LeVine R, Miller, P & West M. (red.) (1988): *Parental behavior in diverse societies. New directions for child development*. No 40. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- 9) Skytte M (1997): Om etniska minoritetsbarns omsorgssituation. I J. Arenas (red.), *Interkulturell psykologi*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag.
- 10) Sjögren A (1991): *Här går gränsen. Om integritet och kulturella mönster i Sverige och medelhavsområdet*. Mångkulturellt centrum, Sveriges Invandrarinstitut och Museum: Bokförlaget Arena.
- 11) Janson S, Lannemyr E & Lindström B (1995): Barn som far illa i flyktingfamiljer. *Socialmedicinsk Tidskrift* 72:396-401.
- 12) Strier DR. (1996): Coping strategies of immigrant parents: directions for family therapy. *Family Process*, 35: 363-376.
- 13) Sack W, Clarke G & Seely J (1996): Multiple forms of stress in Cambodian adolescent refugees. *Child Development*, 67: 107-116.
- 14) Almquist, K & Hwang, P (1999): Iranian refugees in Sweden: Coping processes in children and their families. *Childhood*, 6:2, sid 167-188.
- 15) Berry, J W (1988). Acculturation and psychological adaptation among refugees. ID. Miserez (red.) *Refugees – the trauma of exile: the humanitarian role of Red Cross and Red Crescent*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- 16) Marsella A, Bornemann T, Ekblad S & Orley J (1994): Introduction. I A. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad & J. Orley (red.), *Amidst peril and pain. The mental health and well-being of the world's refugees*. Washington, DC: American Psychological Association.