

Barn som far illa i flyktingfamiljer

Staffan Janson

Ewa Lannemyr

Bo Lindsten

Det finns idag betydande kunskaper om konsekvenserna av det våld som många flyktingbarn utsatts för i samband med krig och förföljelse. Kunskaperna om barn som far illa i flykting- och invandrarfamiljer är däremot ostrukturerade och mycket lite diskuterade i både nordisk och internationell litteratur. Denna artikel bygger på en undersökning som gjorts vid socialförvaltningen i Karlstad och en enkätundersökning till barnavårdscentralsköterskor runtom i landet, som har stor erfarenhet av invandrar- och flyktingfamiljer. Resultaten talar för att flyktingbarn har en ökad risk att fara illa i sina familjer, åtminstone under de första åren i det nya landet. Det förefaller också vara så, att man på barnavårdcentralerna känner en stor osäkerhet inför hur misstankar om barnmisshandel i invandrarfamiljer skall hanteras. Artikeln avslutas med en diskussion om riskerna för eventuella felbedömningar och ett förslag till hur man kan strukturera sina bedömningar.

Staffan Janson är med dr, barnläkare och chef för Folkhälsan Värmland, Centralsjukhuset i Karlstad och Ewa Lannemyr barnsjuksköterska, konsult i flyktingfrågor vid Barnhälsovården, Centralsjukhuset i Karlstad. Bo Lindsten är socialchef i Karlstad.

Det finns idag betydande kunskaper om orsaker till och konsekvenser av folkförflyttningar (migration). Den internationella litteraturen om invandrades och flyktingars hälsa är omfattande (1). Vi vet en del om hur barn i flyktingfamiljer mår och om deras anpassning till nya kulturer (2,3). På senare år har också kunskapen ökat om vad organiserat våld dvs krig, tortyr och repressalier riktade direkt mot barnen har för konsekvenser både på kort och lång sikt (4,5). Däremot finns mycket litet rapporterat om barnmisshandel i flyktingfamiljer, även om man vanligen nämnder den ökade risken där kvinnomisshandel föreligger eller där någon av föräldrarna varit torterad (6).

Studier av asiatiska och ostindiska invandrare/flyktingar i USA har visat att de mera sällan anklagas för barnmisshandel än amerikanska familjer (7,8). Speciellt gäller detta för sexuella övergrepp, psykisk miss-

handel och vanvård. Inom den asiatiska gruppen beskrivs misshandel vara vanligast av vietnamesiska och f f a kambodjanska barn. Psykiska och sexuella övergrepp har bara rapporterats i högre utsträckning bland den filippinska invandrabefolkningen (7).

I en undersökning av 6 500 invandrarbarn från 6 olika länder boende i Malmö (9) påvisade man, att invandrarbarnen 3-4 gånger oftare förekom i socialförvaltningarnas register än svenska barn. Barn med minst en utlandsfödd förälder var klart överrepresenterade bland fosterhemsplacerade (10). Båda dessa undersökningar gjordes före den stora flyktingvågen i mitten av 1980-talet.

Under tioårsperioden 1983 till 1992 har närmare 40 procent av alla barn i familjehem haft invandrarbakgrund. Finska barn familjehemsplaceras fyra gånger oftare än barn till svenska föräldrar. Antalet familjehemsplacerade barn från mellersta Östern och Afrika ökade markant under perioden, nästan helt beroende på ensamma barn som måste placeras (11).

I en nyligen publicerad barnmisshandelsstudie från Östergötland (12) hade 19 av 73 barn (26%) invandrarbakgrund.

Misshandel och vanvård bland flykting- och invandrarbarn i Karlstad

I samråd med socialförvaltningen i Karlstad genomfördes en retrospektiv undersökning av de §50 utredningar som pågick eller öppnats under 1993. För att med säkerhet få med samtliga familjer gjordes både en datakontroll och en manuell registerkontroll. Erfarna socialarbetare med god lokalkännedom från varje socialdistrikt ingick i en arbetsgrupp som kontrollerade samtliga uppgifter. Då det primära intresset var att ta fram utredningar som öppnats p g a brister i hemförhållandena medtogs inte utredningar som initierats av

Under tioårsperioden 1983 till 1992 har närmare 40 procent av alla barn i familjehem haft invandrarbakgrund

ungdomsenheten, som arbetar med barn över tolv års ålder.

Vid 1993 års ingång levde 11 886 barn i åldrarna 0-12 år i det undersökta området. Av dessa var 813 (6.8%) barn med minst en immigrerad förälder. Det var inte möjligt att ur statistiken ta fram familjer med barn under tretton års ålder. Däremot var antalet familjer med barn 0-18 år känt i det undersökta området och var 8 904. Av dessa familjer innehöll 887 (10%) minst en immigrerad förälder.

Familjer under utredning

Under 1993 pågick inom Karlstad socialförvaltning 77 stycken §50-utredningar i familjer som hade barn i åldrarna 0-12 år, varav 18 (23%) utredningar gällde immigrantfamiljer. I fjorton av dessa familjer var båda föräldrarna flyktingar, i en familj var båda föräldrarna invandrare och i tre familjer var modern svensk och fadern invandrare. Av flyktingfamiljerna hade alla utom en permanent uppehållstillstånd. Om man bortser från de tre svenska kvinnorna hade mödrarna genomsnittligt bott 5 år i Sverige varav 4 år i Karlstad. I tre fall hade fadern kommit till Sverige före modern (11,9 resp 1 år före). Familjerna kom ursprungligen från Balkan, mellersta Östern och Nordafrika.

I hälften av immigrantfamiljerna och i två tredjedelar av de svenska levde barnen med endast en förälder (*tabell 1*). I nästan hälften av de svenska familjerna var modern ogift. Detta förekom inte i immigrantfamiljerna. I de två fall där flyktingmödrarna var ensamstående och oskilda fanns fadern på okänd ort.

Tabell 1. Sammansättning i familjer för vilka det pågick en §50-utredning enligt socialtjänsten vid socialförvaltningen i Karlstad 1993.

	Svenska föräldrar	Invandrar/ flykting- föräldrar
Gifta par med barn	17	8
Franskild mor med barn	13	7
Ensamstående mor med barn	28	2
Franskild far med barn	1	1
Samtliga familjer	59	18

Immigrantfamiljerna hade genomsnittligt 3 barn per familj varav 32% i förskoleåldern, 39% 7-12 år och 29% tonåringar. I familjerna med enbart svenskfödda föräldrar hade man genomsnittligt två barn varav 61% i

Misstanke om vanvård och fysisk misshandel var dominerande anledning till utredning i immigrantfamiljerna

förskoleåldern, 28% 7-12 år och 11% tonåringar. Könsfördelningen bland barnen var jämn. Bland de 51 immigrantbarnen fanns en multihandikappad gosse med utvecklingsstörning, en svagbegåvad gosse och en gosse som sannolikt kommer att få ett betydande handikapp till följd av en aktuell misshandel. I de svenska familjerna fanns ett barn med en svår missbildning, ett barn med CP och tre barn med utvecklingsstörning.

Misstanke om vanvård och fysisk misshandel var dominerande anledning till utredning i immigrantfamiljerna även om misstanke även förekom på sexuella övergrepp. Drogmissbruk hos modern och psykisk sjukdom hos förälder som var vanliga orsaker till ingrepp i de svenska familjerna förekom inte hos immigrantfamiljerna (*tabell 2*).

Tabell 2. Anledning till att §50-utredning enligt SoL öppnades för svenska respektive utländska familjer i Karlstad 1993.

Anledning	Svenska föräldrar	Invandrar/ flykting- föräldrar
Vanvård	12	7
Fysisk misshandel	10	7
Sexuellt övergrepp	11	4
Missbruk hos moder	13	0
Psykisk sjukdom hos förälder	6	0
Föräldrars egen ansökan om hjälp	3	0
Kriminalitet hos barn	2	0

De som anmält immigrantfamiljen till socialförvaltningen var vanligen skola/barnomsorg, BVC eller polisen. Anmälningar mot de svenska familjerna dominerades av familjemedlemmar eller andra anhöriga följt av barnomsorg/skola, polis eller "hemmahosare".

Under utredningstiden samarbetade socialförvaltningen främst med skola och barnomsorg för både de svenska familjerna och immigrantfamiljerna. I en tredjedel av de svenska familjerna samarbetade man med polis och föranstaltade om barnpsykiatrisk utredning. För immigrantfamiljernas del skedde detta bara i ett fall. Däremot samarbetade man för dessa familjer i hög grad med kontaktpersoner.

Enkät till sköterskor på barnavårdscentraler i Sverige

I samband med den ovan beskrivna utredningen vid socialförvaltningen i Karlstad framfördes åsikten att barnavårdscentralerna tycktes ha svårare än skolan att hantera misstänkt misshandel i flyktingfamiljerna. Detta initierade en ny studie där landets barnhälsovårdssöverläkare hjälpte oss att välja ut 25 barnavårdscentraler i områden där man hade lång erfarenhet av invandrare och flyktingar. Sjuksköterskorna vid dessa centraler ombads våren 1994 att besvara ett frågeformulär som rörde misstanke om och identifiering av barnmisshandel i flyktingfamiljer, anmälan samt kunskaper om utredningar och åtgärder.

Från de 25 centralerna kom 17 fullständiga och 2 delvis besvarade enkäter.

Enkätsvaren

De enskilda barnavårdscentralerna hade mellan 6 och 168 inskrivna kommunplacerade flyktingfamiljer med barnantal varierande från 8-266. En sammanfattning av svaren gav följande bild:

1. Misstanke på barnmisshandel

Under tidsperioden 1986-1993 har det som mest förekommit, att man på en och samma BVC misstänkt två fall av sexuella övergrepp, fem fall av fysisk misshandel och över tjugo fall av psykisk misshandel eller vanvård. Mer anmärkningsvärt är kanske att man trots många års arbete med flyktingfamiljer inte misstänkt sexuella övergrepp vid 15 av 17 barnavårdscentraler, ej heller fysisk misshandel vid 7 och inga fall av vanvård eller psykisk misshandel vid 9 BVC. Det finns barnavårdscentraler där man har nästan 300 invandrar/flyktingbarn och aldrig misstänkt ett enda fall av vanvård, misshandel eller sexuella övergrepp. Några sköterskor befarade att de inte sett eller orkat se barnmisshandeln pga att de ansåg sig ha en för pressad arbetssituation. Andra svarade, att den aktuella enkäten börjat göra dem mer uppmärksamma.

De som hade erfarenhet av barnmisshandel angav, att de uppfattat att den var vanligare vid samtidig hustrumisshandel och att viss barnmisshandel är förknippad med invandrarföräldrarnas sociala underläge i Sverige.

Det var troligen vanligare med barnmisshandel vid samtidig hustrumisshandel

Ett slutet familjesystem och stor släkt hjälper ofta till att dölja problemen

2. Identifiering av barnmisshandel

En tredjedel av sköterskorna angav att kulturella skillnader försvårade kommunikation och upptäckt, en tredjedel att det var samma svårigheter som med svenska familjer och en tredjedel ansåg sig ha för liten erfarenhet för att säkert besvara frågan.

Kommunikationssvårigheterna med flyktingfamiljerna angavs medföra en tröghet att agera med svårhanterliga frågor. En intressant kommentar var att identifiering av barnmisshandel blir oberoende av kulturell bakgrund när man har lång erfarenhet av att arbeta i invandratäta områden. På frågan om vad som kan försvåra en bedömning svarade majoriteten kulturella och språkliga skillnader och mer specifikt att:

- Ett slutet familjesystem och stor släkt ofta hjälper till att dölja problemen.

- Flyktingfamiljerna flyttar ofta, vilket ger bristande kontinuitet.

- Andra regler för barnuppfostran (Många flyktingföräldrar angav klart att de använde aga och tillstod öppet att de åsamkat blåmärken och annan skada som led i uppfostran).

- Flyktingfamiljerna har många andra problem som man koncentrerar sin uppmärksamhet på.

- Det kräver både erfarenhet och nytänkande att tolka signaler från flykting/invandrarfamiljer.

Majoriteten av sköterskorna ansåg det vara svårt att agera vid misstänkt misshandel, med hänvisning till ovan angivna skäl. Några av sjuksköterskorna ansåg det vara lättare att sätta in preventiva åtgärder pga att man hade mer intensiv kontakt med flyktingfamiljerna än med de svenska.

3. Symtom

För att få en bild av vad som sker i flyktingfamiljerna i samband med barnmisshandel bad vi sköterskorna att beskriva dynamiken i något fall som skett på senare tid och som de uppfattat som typiskt. Beskrivningen av *föräldrarnas beteende* motsvarade i stort sett det man ser i svenska familjer med barnmisshandelsproblematik såsom tecken på känslor av trötthet och vanmakt, ökad vårdkonsumtion och tydlig omsorgssvikt. I vissa familjer uppfattades fadern som en rigid regelmänniska, hård

och okänslig medan modern skyddade barnet. Föräldrarna har berättat om att familjen varit i kris, oftast med arbetslös fader och ansträngd ekonomi. Modern var isolerad, "omyndigförklarad", hotad och ofta rädd för maken, sannolikt själv misshandlad.

Beteende hos barnen var hos de yngre sömn- och ätproblem, dålig viktuppgång, depression och dåligt samspel. De något äldre barnen visade tydligare rädsla genom att vara tysta, avvaktande och ta skydd vid gestikulerande eller hastiga kroppsrörelser i omgivningen.

Fysiska skador har huvudsakligen varit blåmärken i ansiktet, svullna öron, frysskador, brännskador och sår i hud efter rivning eller slag med exempelvis en symaskinssladd.

4. Anmälan

Uppgifter från grannar och dagis har varit vanliga och framför allt rört blåmärken, avvikande beteende eller barnens egna berättelser om övergrepp i familjen.

Av de 17 BVC som besvarat enkäten uppgav 6 att de själva varit anmälare till socialförvaltningen. I de fall man från BVC *avstått från att anmäla* uppgav man följande skäl:

- att man varit ensamma om misstanken
- varit osäker på om misstankarna verkligen hade fog för sig
- inte velat förstöra en god relation
- uppfattat föräldrarna som hotfulla
- tyckt synd om föräldrarna som mått dåligt
- haft uppfattningen att socialförvaltningen ändå inte skulle agera
- annan myndighet har anmält

5. Utredningar och åtgärder

Utredningarna har naturligtvis lett till varierande åtgärder, där man tycks ha försökt klara situationerna så långt möjligt utan omhändertaganden. Dessa förekom dock och ett tragiskt fall beskrevs där ett barn först omhändertogs och familjen sedan utvisades ur landet.

6.Handledning

Av de 17 barnavårdscentralsköterskorna uppgav 11 att de hade haft handledning vad gällt misshandelsproblem i flyktfamiljer. Handledningen gavs huvudsakligen av barnhälsovårdspsykolog, men också av personal på socialförvaltning eller daghem.

Diskussion

I vårt land vet vi erfarenhetsmässigt att det är en ökad risk för misshandel och vanvård av barn i missbrukarfamiljer för barn till utvecklingsstörda eller psykiskt sjuka föräldrar (13). Erfarenheterna från Karlstad och Östergötland (12) talar för att det föreligger en ökad risk för barnmisshandel även i flyktfamiljer.

Både svenska (12) och amerikanska (14) erfarenheter talar för att speciellt sådana omständigheter i det nya landet som underminerar föräldrarnas möjligheter att ta hand om sina barn är förknippade med en ökad misshandelsrisk. Det höga skilsmässotalet i invandrarfamiljer är sannolikt av betydelse. I Korbins (14) studie från USA fann man fem faktorer som ansågs inverka på misshandelsmönstret:

1. Hur starka trauman man utsatts för i hemlandet genom krig, förföljelse och tortyr.
2. Synen på kroppslig bestraffning i hemlandet. Studier i USA har visat att kineser bedömer samma misshandel som mildare än den inhemska befolkningen och att spanskalande invandrare har en tendens att bedöma misshandeln som gravare (8).
3. Hur väl synliga de olika invandrargrupperna är för de sociala myndigheterna (Kineserna har exempelvis ett mycket starkt eget socialt kontrollsystem, som gör att mycket litet blir känt av det officiella amerikanska samhället).
4. Avbrutna kontakter med välfärdssystemen.
5. Förmåga till anpassning i det nya landet.

En studie av Korea-amerikaner talar för att familjerna fungerar mera harmoniskt ju längre de levit i det nya landet, medan socialgrupp eller social nedklassning var av mindre betydelse (15).

Enkätstudien till de svenska BVC-sköterskorna indikerar att de haft betydande svårigheter att misstänka, identifiera och anmäla misstänkta misshandelsfall. Det tycks finnas en stark oro hos svenska BVC-sköterskor att en anmälan till socialnämnden leder till ökat elände. Att den viktigaste anledningen till anmälan är att skydda barnet mot ny misshandel kan inte tillräckligt ha betonats i sköterskornas utbildning.

I Perssons Östgotastudie (12) var det fler barn och fler föräldrar bland invandrarna som själva tagit kontakt med socialtjänsten för att få hjälp än i den svenska gruppen. Jämförelsevis fler barn i invandrargruppen placerades redan under utredningstiden. I vår studie från Karlstad var förhållandena närmast de omvända. Det kan i viss mån berott på att vi koncentrerat oss på familjer med yngre barn. Några hållpunkter för att in-

Några hållpunkter för att invandrarbarn skulle bli mer omhändertagna än svenska finns inte

vandrarbarn skulle bli mer omhändertagna än svenska finns inte varken från Östgöta- eller Karlstadstudien. Snarare kunde man spåra tendenser till en "omvänd diskriminering", dvs en viss benägenhet hos sociala myndigheter och domstolar att höja toleransgränserna för vad som betraktas som skadlig behandling av barn och hänföra problemen med barnmisshandel i invandrarfamiljer till skillnader i värderingar och kulturmönster.

Persson menar (12) att den yttre och inre stress som följer med själva invandrarsituationen med stor sannolikhet bidragit till att minska toleransen för konflikter inom familjen. För invandrargruppen menade hon också, att traditioner och lösningar på familjeproblem som fungerat väl i hemländerna inte fungerat i Sverige. Här har det istället skapat främlingsskap inom familjen och lett till starka spänningar och konflikter mellan föräldrar och barn. Föräldrarnas självklara uppgift att fungera som vägvisare för sina barn hade urholkats. Istället kan rollerna bli ombytta och det blir barnen som får lotsa föräldrarna ut i det svenska samhället. Spänningen mellan familjens traditioner och värderingar i det svenska samhället drabbar i tonåren framför allt flickorna, medan pojkarna ges en större frihet.

Ett specifikt problem är att man i många sk traditionella kulturer överlåter uppfostran av de små barnen till mor- och farföräldrar. I en flyktsituation kan detta betyda att föräldrar och barn i en viss mening är främlingar för varandra och att föräldrarna kan ha mycket liten erfarenhet av barnuppfostran. Mödrar från muslimska familjer underkastar sig ofta faderns dominerande hållning och upprepar i sin tur detta gentemot barnen. En viktig kunskap är också att förlorade nätverk kan utlösa sorg och ibland även krisreaktioner. Man har speciellt hos kvinnliga invandrare observerat att förluster av det kvinnliga nätverket i den egna kulturen utgjort ett centralt element i dynamiken bakom fysiska och psykiska övergrepp (16).

Omhändertaganden har vanligen upplevts som mycket kränkande av invandrarfamiljerna. Attityden kan dock ha varit den motsatta hos ungdomar, där det sociala ingripandet setts som ett skydd mot kraven från deras familjer (12,14).

Praktiska synpunkter

Risken för felbedömningar

Yttre tecken på barnmisshandel kan hos mörkhyade barn missas men samtidigt kan andra hudförändringar missförstås (17). Det mest kända exemplet är den sk *mongolfläcken* hos asiatiska barn, en blåskimrande hudpigmentering som vanligtvis sitter över stjärten, men som också kan finnas på andra delar av ryggen. Även *erythem* (rodnader) kan få ett blåskimrande drag hos mörkhyade och misstas för blåmärken. Barn med *sickle-cells anemi* kan ha smärtande svullnade händer och fötter. Shiamuslimer från Iran, Irak, Syrien och Libanon kan ha multipla ärr och hudblödningar på bröst och rygg efter självplågeri, s k *Moharram ärr*. I sydostasien kan liknande hudblödningar ha framkallats som led i en folkmedicinsk behandling, det vietnameserna kallar *Cao Gio* (Du 1980). Man måste också komma ihåg att speciellt barn från Asien brukar ta en konfirmerande ögonkontakt med sina föräldrar innan de svarar på frågor och att detta alltså inte behöver betyda att de är rädda för sina föräldrar. I den delen av världen är det inte heller ovanligt att både föräldrar och farföräldrar sover tillsammans med barn av båda könen utan att någon sexuell relation förekommer.

Att strukturera sin bedömning

År 1979 infördes lagen om förbud mot aga i vårt land. Lagstiftningen baseras på åsikten att det är oförsvarligt att vuxna genom sin styrka skall kunna kränka minderåriga. Denna uppfattning måste vi kunna stå för och motivera i samtal med föräldrar från länder där aga uppfattas som självklar. Vi kan inte förvänta oss att vi kan ändra deras uppfattning direkt, men det är vår skyldighet att ta upp frågan, att informera om lagstiftningen och motivera vår ståndpunkt så att vi på lite längre sikt kan påverka. Eftersom faderns inställning ifråga om uppfostringsmetoder har en avgörande betydelse i många invandrarfamiljer är det viktigt att nå även honom med information. Om han inte kommer med vid mottagningsbesöken är det viktigt att i samtal med mamman försöka få reda på hur fadern ser på frågan om aga.

Aga eller våld mot barn är inga entydiga företeelser. En analys av våra egna och andras erfarenheter av barnmisshandel i flyktfamiljer talar dock för att tre typsituationer kan urskiljas. Det är viktigt att försöka bilda sig en uppfattning om vilken typ av våld mot barnet det är frågan om för att kunna styra åtgärderna därefter:

Misstanke om barnmisshandel bryter tolkens sekretess

1. Åga i rent uppfostringssyfte
Tyngdpunkten bör ligga på information till föräldrarna. En flyktingmamma frågade med uppriktigt intresse: "Hur kan ni uppfostra barn i Sverige utan att slå dem. Vad gör ni istället? En sådan fråga tvingar fram konkreta besked. Vi avleder, förklarar, stannar upp barnet, lyfter bort det eller tar ifrån dem farliga saker, flyttar på farliga och ömtåliga föremål etc. Små barn går ofta inte att tala tillrätta men man kan agera kroppsligt utan att använda våld. Råden bör förankras i konkreta vardags-situationer.

2. Våld mot barn som uttryck för föräldrarnas ökade stress i flyktingsituationen.
Ångest, oro och irritabilitet minskar tålmodet. Att man slår sina barn kan vara något nytt och man är ledsen och oroad över sitt beteende. Hela familjen kan behöva psykologiskt stöd eller psykiatrisk hjälp och en genomgång av deras sociala och ekonomiska situation.

3. Upprepad psykisk eller fysisk misshandel.
Upprepad barnmisshandel betraktas som avvikande beteende i alla kulturer. Den har sin bakgrund i personlighetsstörningar eller bristande omsorgsförmåga, låg begåvningsnivå eller missbruk. Föräldrar som tidigare fungerat bra kan på psykiska skador efter organiserat våld bli farliga för sina barn. Barnen i alla dessa familjer är i behov av omedelbart skydd.

Misstanke om barnmisshandel bryter tolkens sekretess. Detta innebär att den tolk som i sitt arbete får kännedom om barn som far illa kan göra en egen anmälan om detta till socialtjänsten.

Ett etiskt dilemma

Misshandel och vanvård av barn i flykting- och invandrarfamiljer är ett problem som uppenbart varit svårt att hantera för den svenska sjuk- och socialvården. Många har också säkert varit tveksamma till att beskriva sina erfarenheter offentligt, då det kulle kunna tänkas späda på främlingsfientligheten i Sverige. All erfarenhet talar dock för att man vinner mest på att diskutera problemen så öppet som möjligt.

REFERENSER

1. Hjern A: Migrationsmedicin - en forskningsöversikt. SFR 1995.
2. Angel B, Hjern A: Att möta flyktingbarn och deras familjer. Studetlitteratur 1992.
3. Almqvist K, Brandell-Forsberg M: Iranska flyktingbarn i Sverige. Rapport 2; Social anpassning, psykisk hälsa och utveckling. Rädda Barnens Rapportserie 1992.
5. Boothby N: Trauma and violence among refugee children. In: Marsella A J, Bornemann T, Ekblad S, Orley J (red) Amidst peril and pain. American Psychological Association. Washington 1994:239-259.
7. Ima K, Hohm C F: Child maltreatment among Asian and Pacific islander refugees and immigrants. Journal of interpersonal violence. 1991;6:267-285.
11. Socialstyrelsen rapporterar 1995:7. Invandrarbarn i familjehem.
12. Persson B: Det tidlösa våldet. Rädda Barnen 1992.
14. Korbin J E: Child abuse and neglect; cross-cultural perspectives. Berkley University of California press 1981.
16. Killén K: Svikna barn. W oW 1993.
17. Qureshi B: Multicultural aspects of child abuse in Britain. J of Royal Society of Medicine 1989;82:65-66.

SVENSKA DYSLEXI-STIFTELSEN

Stipendier

Ett mindre antal stipendier för fortbildning om dyslexi för lärare, specialpedagoger, logoped, skolläkare och skolpsykologer är till ansökan lediga.

Stipendierna, som är avsedda att användas för fortbildning om dyslexi, dyslexipedagogik och dyslexirehabilitering inom och utom landet, är i storleksordningen 10-25.000 kronor.

Ansökningarna, som skall vara Dyslexistiftelsen tillhanda senast den 1 december 1995, sänds under adress:

Svenska Dyslexistiftelsen, c/o Curt von Euler, Institutionen för Neurovetenskap, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm.