

TORTURERT OG GLEMT?

Identifisering og rehabilitering
av torturutsatte i Norge



Røde Kors

Norges Røde Kors

Postboks 1, Grønland
0133 Oslo
Norge

E-post post@redcross.no

Webadresse www.rodekors.no

Forfattere Moa Nyamwathi Lønning, Ann Evy Aasnes og Inga Laupstad.

Redaktører Anette Bringedal Houge og Karin Fathimath Afeef.

Spesiell takk Alle som har bidratt til rapporten som informanter og i bakgrunnssamtaler, samt Freedom from Torture, Svensk Røde Kors, Dignity, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Nora Sveaass, Birgit Lie, Sara Fridlund, Asger Kjærum, Aslak Syse, Ann Catrin Høyvik, Gro Saltnes Lopez, Hilde Fiva Buzungu, Sivilombudsmannens forebyggingsenhet, Utlendingsdirektoratet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Norsk psykologforening, Norsk sykepleierforbund, Den norske legeforening, Amnesty International Norge, Helsingforskomiteen, Mental Helse og Norsk organisasjon for asylsøkere.

En særlig takk også til kollegaer i Norges Røde Kors: Elise Kaurin, Kelly Nicole Arnesen, Alessandra Nervi, Ivar Stokkereit, Einar Grøndalen, Håvard Solbakken Therkelsen, Heidi Katrine Bang, Sol Sigurjonsdottir og Merete Mihle.

Referanse Røde Kors (2020) *Torturert og glemt? Identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge*. Oslo: Røde Kors.

ISBN 978-82-7250-204-0 (Trykket, innbundet)
978-82-7250-205-7 (E-bok, PDF)

Designet av Byggstudio og Moa Pårup

Alle illustrasjoner Kathrine Kristiansen Illustrasjon

TORTURERT OG GLEMT?

Identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge

RØDE KORS 2020

INNHold

FORORD	1
SAMMENDRAG	4
AT A GLANCE (ENGLISH)	6
FORKORTELSER	8
 KAPITTEL 1: INTRODUKSJON	 11
Hva er tortur?	14
Hvem snakker vi om?	18
Rapportens struktur	21
 KAPITTEL 2: JURIDISKE RAMMER	 23
Internasjonalt nivå	24
Nasjonalt nivå	32
 KAPITTEL 3: NASJONAL ORGANISERING	 37
Organisering av helsetjenestetilbudet for torturutsatte	38
Muligheter for identifisering og utredning	47
Behandlings- og rehabiliteringskonteksten	51
Tortur som tema i relevante høyere utdanninger	56

KAPITTEL 4: ERFARINGER FRA NORSK PRAKSIS	63
Identifisering som utfordring for tjenesteapparatet	65
Tilnærming og rammer i møte med torturutsatte	74
Å være hjelper i behandling av torturskader	90
Hvilken rolle skal frivilligheten ha?	96
 KAPITTEL 5: INTERNASJONALE ERFARINGER	 99
Rehabilitering av torturutsatte i Danmark	100
Rehabilitering av torturutsatte i Sverige	106
Rehabilitering av torturutsatte i Storbritannia	111
Internasjonale perspektiver	116
 KAPITTEL 6: KONKLUSJON	 123
Norges rettslige forpliktelser	124
Organiseringen av tjenestetilbudet	127
Rehabiliteringsmuligheter	128
Internasjonale erfaringer	130
Overordnede funn	130
 NOTER	 132
 REFERANSER	 140

FORORD

Torturerte må få bedre helsehjelp

Hvordan møter vi i Norge mennesker som har opplevd noe av det verste mennesker kan oppleve? Hvordan sikrer vi at de får snakke om det de har opplevd, at de får tilbud om behandling og rehabilitering?

Gjennom våre aktiviteter møter Røde Kors migranter over hele Norge, mange av dem har flyktningbakgrunn. Våre frivillige kommer tett på mennesker som kan bære på vonde opplevelser fra hjemlandet eller fra reisen til Norge. Dette ble spesielt tydelig da antall asylsøkere som kom til Norge og hele Europa økte markant i 2015. Frivillige i Røde Kors fortalte om sterke møter med mennesker som hadde vært gjennom forferdelige hendelser.

Mennesker som har overlevd tortur,
er en spesielt sårbar gruppe i samfunnet
vårt. De blir ofte ikke fanget opp av
det offentlige hjelpeapparatet, og de
kommer ikke med krav på egne vegne.
Røde Kors ser det derfor som sin
oppgave å løfte oppmerksomheten
om denne gruppens tydelige,
humanitære behov.

Mennesker som har overlevd tortur, er en spesielt sårbar gruppe i samfunnet vårt. De blir ofte ikke fanget opp av det offentlige hjelpeapparatet, og de kommer ikke med krav på egne vegne. I dag har de ingen egen interesseorganisasjon eller formell talsperson som fremmer deres behov eller situasjon i Norge. Røde Kors ser det derfor som sin oppgave å løfte oppmerksomheten om denne gruppens tydelige, humanitære behov.

Som et første skritt, så Røde Kors behov for å undersøke om Norge klarer å fange opp personer som har vært utsatt for tortur, og om denne gruppen får tilbud om tilstrekkelig rehabilitering. I denne rapporten har vi kartlagt det juridiske rammeverket, organiseringen av tilbudet og praksis. Konklusjonen er nedslående: Rehabiliteringstilbudet til torturutsatte i Norge er fragmentert og personavhengig. Dette er i sterk kontrast til både Sverige, Danmark og Storbritannia, som i flere tiår har tilbudt rehabiliteringsløp spesielt tilpasset torturerte. Erfaringene derfra viser at denne behandlingen har stor betydning, både for pasientene selv og deres nærmeste.

Den som har opplevd tortur, har ikke nødvendigvis lett for å fortelle om det.

Slag og spark mot kroppen, elektriske støt eller isolasjon i mørke rom, voldtekt, sigarettglo som brenner mot huden. Den som har opplevd tortur, har ikke nødvendigvis lett for å fortelle om det. Det er også erfaringen fra våre naboland. I Danmark tar det i snitt 17 år fra ankomst til pasienten kommer til behandling. I Sverige opplever Røde Kors nå betydelig pågang av kvinner fra Balkan som opplevde seksuelle overgrep og andre gruoppvekkende hendelser på 1990-tallet. At kvinnene først nå er i stand til å fortelle om sine opplevelser og søke hjelp, sier noe om hvor vanskelig det kan være å åpne seg om erfaringer og smerter som kan oppleves private, skamfulle og ekstreme.

Tortur er ikke et tema vi snakker mye om i Norge. Det viser denne rapporten. Estimater anslår at det er mellom 10 000 og 35 000 mennesker i landet vårt som har overlevd tortur, men ingen vet sikkert. Manglende oversikt er i seg selv et problem, og det skyldes blant annet at ingen jobber systematisk og målrettet med denne tematikken på nasjonalt plan. Uansett antall, er det god grunn til å tro at altfor mange som har vært utsatt for tortur har store, udekkede humanitære behov og at de lider uten å bli fanget opp.

Norske forskere og spesialister har lenge jobbet for å synliggjøre utfordringene og sikre et nasjonalt og tilstrekkelig rehabiliteringstilbud til mennesker som har blitt torturert. Dette handler om å sikre mennesker grunnleggende hjelp. Basert på denne rapportens funn, og omfattende samtaler med norske, danske, svenske og britiske eksperter på rehabilitering, har Røde Kors tre anbefalinger til norske myndigheter:

INSTITUSJONALISERE TVERRFAGLIG FAGMILJØ



Norske myndigheter bør sikre et godt og likeverdig rehabiliteringstilbud for torturutsatte i hele landet. Derfor bør spesialisert og tverrfaglig kompetanse om tortur – fra identifisering og dokumentasjon til rehabilitering – samles i et eller flere institusjonaliserte fagmiljø. Det er viktig at disse spesialiserte fagmiljøene koordinerer og formidler kompetanse for å styrke eksisterende og desentraliserte tjenester for torturutsatte. Både forskning og klinisk virksomhet bør inngå i arbeidet og ekspertisen bør være lett tilgjengelig for alle som kommer i kontakt med målgruppen.

STYRKE RELEVANTE UTDANNINGER



Kunnskap om tortur er en forutsetning for å dokumentere, identifisere og rehabiliterere torturskader. Dette bør inn i relevante utdanningsløp, fra profesjonsutdanningene for helsepersonell til sosialfagene. Samtidig bør kompetansen styrkes i det eksisterende hjelpeapparatet gjennom etterutdanning og tilpasset opplæring på arbeidsplasser og for yrkesutøvere som kan ha tett kontakt med aktuell målgruppe.

NASJONAL HANDLINGSPLAN



Norske myndigheter bør styrke arbeidet med identifisering, dokumentasjon og rehabilitering av mennesker som har overlevd tortur, for å sikre at de får den hjelpen de trenger. Røde Kors anbefaler at myndighetene utarbeider en nasjonal handlingsplan for å styrke dette arbeidet. Målet må være å sikre et systematisk, likeverdig og helhetlig rehabiliteringstilbud.

Bernt G. Apeland
Generalsekretær i Norges Røde Kors



SAMMENDRAG

Fagekspertene anslår at mellom 10 000 og 35 000 mennesker med fluktbakgrunn i Norge i dag har vært utsatt for tortur før de kom hit. Tortur kan ha inngripende og langvarige konsekvenser både for de utsatte og for deres pårørende. I denne rapporten undersøker vi om Norge tilbyr torturutsatte tilstrekkelig rehabilitering, ved å kartlegge det juridiske rammeverket, organiseringen av rehabiliteringstilbudet og praksis.

Rapportens hovedfunn

Rehabiliteringstilbudet til torturutsatte i Norge er fragmentert og praksisen personavhengig. Mennesker med torturerfaringer er i en særlig sårbar situasjon. I tillegg til de direkte konsekvensene av torturen kan en fluktbakgrunn innebære manglende språkkompetanse og systemforståelse. Videre kan eksiltilværelsen og midlertidig oppholdsstatus påvirke tilgang til eksisterende tjenester og forståelse av egne rettigheter.

FRAGMENTERT TILBUD



Identifisering av torturutsatte i Norge framstår som vilkårlig, og kvaliteten i rehabiliteringstilbudet varierer veldig, både på lokalt og regionalt nivå. Tilbudet er preget av manglende kunnskap og kjennskap til internasjonale protokoller for identifisering og rehabilitering, og av manglende koordinering og inkludering av aktører som kan bidra til en god rehabiliteringsprosess.

PERSONAVHENGIG PRAKSIS



Rehabiliteringstilbudet for torturutsatte er personavhengig heller enn et resultat av en systematisk prioritering fra nasjonale myndigheter. Dette gjelder i alle ledd, fra identifisering og dokumentasjon til behandling og rehabilitering. Ildsjeler som opprettholder tilbud lokalt, påpeker at det ikke er temaet de jobber med som er det vanskeligste med arbeidet, men den avmakten de kjenner på i møte med et system som ikke legger til rette for god rehabilitering.

Hva er et godt nok rehabiliteringstilbud?

Et godt nok rehabiliteringstilbud for torturutsatte er et tilbud som er tilgjengelig for dem som har behov for det, som baseres på kompetanse og tid, og som gjennom dette bygger trygghet og tillit. Fagekspertene i Norge, Danmark, Sverige og Storbritannia understreker at torturskader er krevende å følge opp på en god måte, og at godt rehabiliteringsarbeid fordrer at torturskader identifiseres og dokumenteres, at rehabiliteringen er helhetlig, og at profesjonelle hjelpere har et fagmiljø å lene seg på:

IDENTIFISERING OG DOKUMENTASJON



Identifisering av torturutsatte og dokumentasjon av torturskader er forutsetninger for å kunne tilby et relevant rehabiliteringstilbud. Arbeidet må være systematisk ivarettatt og institusjonalisert. Dette fordrer opplæring, ansvarsfordeling, koordinering og nødvendige ressurser til aktuelle yrkesgrupper i henhold til Istanbul-protokollen.

HELHETLIG REHABILITERING



Behovet for rehabilitering etter tortur kan være fysisk, psykisk, sosialt og juridisk. Rehabiliteringen må være koordinert mellom ulike tjenester og linjer og ta høyde for både individ- og familieperspektiv, levekår og livskvalitet. En helhetlig rehabilitering vil utover det kliniske, kreve kompetanse om flyktninghelse, kvalifiserte tolketjenester ved behov, en los-funksjon for koordinering mellom tjenester og sosialarbeiderkompetanse.

FAGFELLESKAP



For å kunne gjøre et godt arbeid med rehabilitering av torturskader påpeker fagpersoner hvor viktig det er at man har gode, koordinerte og tilgjengelige fagmiljøer som kan sørge for kollegastøtte, veiledning i vanskelige saker og teamarbeid. Det å være del av et etablert og institusjonalisert fagfellesskap gir også mulighet til faglig utvikling og økt kompetanse.

AT A GLANCE

Experts estimate that between 10,000 and 35,000 people with refugee background in Norway today have been subjected to torture prior to their arrival. Torture can have profound and long-lasting consequences for those directly affected and for the next of kin. In this report, we investigate whether Norway offers sufficient rehabilitation to people who have been subjected to torture. The report covers a three-fold mapping of the legal framework, of how the rehabilitation services are organised, and of how practitioners address the rehabilitation needs in their everyday work.

Main findings

The rehabilitation services for people subjected to torture are fragmented, and the resulting practice is highly person-dependent. Individuals who have been tortured are in a particularly vulnerable situation. In addition to the direct consequences of torture, other factors related to having a refugee background may influence their access to existing services and the fulfillment of their rights, such as language and system competence, adjustment to life in exile and uncertain legal status.

FRAGMENTED SERVICES



Identification of individuals who have been tortured appears arbitrary in Norway. The quality of the rehabilitation services varies greatly at both local and regional levels. Overall, the services are characterized by a lack of knowledge and a lack of familiarity with international protocols for identification and rehabilitation, as well as a lack of coordination and inclusion of actors that can contribute to a good rehabilitation process.

PERSON-DEPENDENT PRACTICE



Where they exist, the rehabilitation services for torture injuries are person-dependent rather than a result of a systematic prioritization by national authorities. This applies at all stages, from identification and documentation to treatment and rehabilitation. Individual practitioners who strive to ensure services locally are frustrated by and feel powerless within a system that does not facilitate good rehabilitation.

What constitutes a satisfactory rehabilitation service?

A satisfactory rehabilitation service for people who have been tortured is a service that is available to those who need it, and is founded on expertise and sufficient time, through which a sense of safety and trust can be built. Experts in Norway, Denmark, Sweden and the UK emphasize how demanding it is to provide adequate follow-up of torture injuries, and that good rehabilitation requires that the injuries are identified, that the rehabilitation is comprehensive, and that professional helpers are part of a professional network from which they can draw support:

IDENTIFICATION AND DOCUMENTATION



Proper identification of individuals who have been tortured and documentation of torture injuries are a prerequisite for offering relevant and adequate rehabilitation services. Such work must be systematic and institutionalized. This necessitates training, a clear distribution of responsibilities, coordination between services, and adequate resources for relevant professionals according to the Istanbul Protocol.

COMPREHENSIVE REHABILITATION



The need for rehabilitation following torture can be physical, mental, social and legal. Rehabilitation must be coordinated between the different relevant services and must consider both an individual and a family perspective, living conditions and overall quality of life. A comprehensive rehabilitation includes, but is not limited to, clinical expertise. It also requires knowledge about refugee health, qualified interpreters when needed, a coordinating case manager and the inclusion of a social worker.

COMMUNITY OF PRACTICE



In order to work with rehabilitation of torture injuries in a good and sustainable manner, professionals emphasize the importance of a good, coordinated and accessible professional community of practice that can provide support, guidance in difficult cases, and possibilities of teamwork. Being part of an established and institutionalized professional community of practice also provides opportunities for professional development and competence building that improves rehabilitation services.

FORKORTELSER

CEAS	Common European Asylum System
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
EMD	Den europeiske menneskerettighetsdomstolen
EMK	Den europeiske menneskerettighetskonvensjon
FFT	Freedom From Torture
FHI	Folkehelseinstituttet
ICRC	Den internasjonale Røde Kors-komiteen
IRCT	International Rehabilitation Council for Torture Victims
NKVTs	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
NONEMI	Norsk nettverk for migrantvennlige sykehus
NTNU	Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
OSLOMET	Oslo Metropolitan University
PTSD	Posttraumatisk stresslidelse
RETHOS	(Nasjonale) Retningslinjer for helse og sosialfagutdanningene
RKH	Röda Korsets Högskola
RVTS	Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
TOO	Tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi)
UDI	Utlendingsdirektoratet

UIA	Universitetet i Agder
UIB	Universitetet i Bergen
UIO	Universitetet i Oslo
UIS	Universitetet i Stavanger
UIT	Universitetet i Tromsø
ØSK	FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

KAPITTEL 1

Introduksjon

Tortur er totalforbudt. Likevel praktiseres tortur i mange land over hele verden. Konsekvensene etter tortur er inngripende og langvarige. Torturskader kan kreve fysisk, psykisk, juridisk og sosial rehabilitering som tar høyde for individuelle erfaringer og den større konteksten den torturutsatte befinner seg i. Målet med denne rapporten er å undersøke hvilke internasjonale forpliktelser Norge har til å tilby rehabilitering til torturutsatte med fluktbakgrunn, hvordan dette ivaretas i norsk rett, hva fagfolkene mener, og hva som er viktig i et rehabiliteringstilbud. Dette gjøres gjennom en analyse av internasjonalt regelverk, norske lover og organisering og erfaringer fra praksis. I tillegg belyses rehabiliteringstilbudene i tre andre europeiske land.

I dette første kapitlet introduseres tortur og rehabilitering av torturskader som tema sammen med overordnede problemstillinger, avgrensninger og sentrale definisjoner.

INNLEDNING

Tortur er forbudt. Forbudet er absolutt og er slått fast i en rekke menneskerettighetskonvensjoner. Til tross for dette er tortur en utbredt praksis i mange land. Ifølge Amnesty International er mennesker i 141 land blitt utsatt for tortur og annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling i løpet av de fem siste årene (Amnesty International u.å.). Andelen torturerte blant flyktninger antas å være særlig høy (Fosse og Deresyd 2007, Jaranson og Quiroga 2011; Quiroga og Jaranson 2005). International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), som er den største paraplyorganisasjonen for sentre og programmer for torturrehabilitering, estimerte at det i 2010 var over 400 000 torturutsatte bare i EU (Patel, Kellenzi og Williams 2014).

FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (1984), heretter torturkonvensjonen, pålegger statene å tilby en så fullstendig rehabilitering som mulig til alle som har vært utsatt for tortur. Erfaringer fra praksis globalt viser at mange torturutsatte ikke får tilgang til fullstendig rehabilitering. I en systematisk internasjonal litteraturgjennomgang peker Patel, Kellenzi og Williams (2014) også på at eksisterende rehabiliterings-tilbud ofte ikke er basert på de juridiske forpliktelsene i torturkonvensjonen.

Det har lenge vært uttrykt bekymring blant eksperter og helsepersonell om tilbudet for torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge (Dahl 2010; Dyresen 2017; Halvorsen 2012; Halvorsen 2016; Jakobsen 2015; Lie, Sveaass og Hauff 2014; Norsk psykiatrisk forening 2014; RVTS 2014; Sveaass 2013; Varvin 2015; Varvin og Aasland 2009).¹ Det er særlig to overordnede forhold som hindrer at torturutsatte får god rehabilitering:

- I Norge skal rehabilitering for torturutsatte ivaretas av det ordinære helsevesenet,² men det ordinære helsevesenet er ikke godt nok rustet og mangler i stor grad de nødvendige rammevilkårene for å dekke rehabiliteringsbehovene.
- Rehabilitering avhenger av at torturutsatte identifiseres og torturskader utredes, men det er en utbredt kunnskapsmangel om tortur, identifisering og utredning i tjenesteapparatet i henhold til Istanbul-protokollen.

I de tilfeller der torturutsatte identifiseres eller selv oppsøker hjelp, risikerer de å møte et tjenesteapparat uten kjennskap til torturskader og det ansvaret som følger med dette, et system som mangler både klare retningslinjer for hvordan den som har blitt torturert skal ivaretas, og de nødvendige rammevilkårene for hvordan dette skal gjøres på en tilfredsstillende måte.

Torturutsatte risikerer å møte et tjenesteapparat uten kjennskap til torturskader og det ansvaret som følger med dette, et system som mangler både klare retningslinjer for hvordan den torturutsatte skal ivaretas, og de nødvendige rammevilkårene for hvordan dette skal gjøres på en tilfredsstillende måte.

Følgene av tortur er gjerne alvorlige og utgjør sammensatte problemer som det er utfordrende å møte og løse. Mennesker som har vært utsatt for tortur håndterer opplevelsene sine ulikt og har forskjellige behov. Overordnet kan vi likevel si at tortur ofte fører til alvorlige fysiske og psykiske plager. Disse plagene kan ha både direkte og indirekte effekt på den utsattes funksjonsnivå (OHCHR 2004). De kan også ha svært negative humanitære konsekvenser for den enkelte, dens familie og for samfunnet forøvrig. Både fysiske og psykiske skader vil ha konsekvenser for den generelle helsen og en negativ innvirkning på levekårene. Sterk traumatisering påvirker de kognitive funksjonene og kan påvirke den enkeltes mulighet til å lære språk og stå i utdannings- og kvalifiseringsløp og arbeid (Opaas og Varvin 2015; Quiroga og Jaranson 2005). Dette vil kunne påvirke tilknytningen til arbeidslivet, samfunnet og vedkommendes omsorgsevne og kan føre til fattigdom, isolasjon og utenforskap. Rehabilitering er et holistisk prosjekt. Det er viktig med et perspektiv som ser individet som del av en større helhet, og som dermed ivaretar et individ-, familie-, nærmiljø- og samfunnsperspektiv.

Formålet med denne rapporten er å undersøke hvilket rehabiliteringstilbud torturutsatte i Norge har rett på og faktisk tilgang til. Rapporten dekker fire områder:

- 1 Det juridiske: Hvilke internasjonale forpliktelser har Norge når det gjelder behandling og rehabilitering for torturutsatte, og blir disse forpliktelsene ivaretatt i norsk rett?
- 2 Det strukturelle: Hvordan er helsetjenestetilbudet i Norge organisert for å møte, identifisere og tilby behandling og rehabilitering til torturutsatte med fluktbakgrunn?
- 3 Det praktiske: Hvordan beskriver fagpersoner muligheter og begrensninger knyttet til behandling og rehabilitering av torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge?

- 4 Det internasjonale: Hvilke erfaringer kan man høste fra utvalgte europeiske land som tilbyr spesialiserte rehabiliteringstilbud for torturutsatte?

Kartleggingen som denne rapporten baseres på, ble gjennomført mellom februar og desember 2019. Den bygger på et omfattende skriftlig og empirisk materiale som inkluderer en systematisk gjennomgang av relevant forskningslitteratur, 46 ekspert- og fagpersonintervjuer, en rekke intervjuer med ansatte ved rehabiliteringssentre i flere land og en juridisk analyse av internasjonalt regelverk og norske lover. Det er redegjort for den metodiske tilnærmingen i rapportens fire hovedkapitler (kapittel 2 til 5). Kartleggingen er gjennomført i samråd med Røde Kors' personvernombud, og prosjektgruppen har diskutert arbeidet underveis for å sikre høyest mulig kvalitet på personvern og etiske hensyn.

HVA ER TORTUR?

Forbudet mot tortur er beskrevet i en rekke internasjonale konvensjoner, men begrepet «tortur» er i varierende grad definert i de ulike konvensjonene. I torturkonvensjonens artikkel 1 står det at:

[...] enhver handling hvorved alvorlig smerte eller lidelse, enten fysisk eller psykisk, bevisst blir tilføyet en person i den hensikt å oppnå fra vedkommende eller en tredje person opplysninger eller en tilståelse, straffe vedkommende for handling som denne personen eller en tredje person har begått eller mistenkes for å ha begått, eller true eller tvinge vedkommende eller en tredje person, eller av hvilken som helst årsak basert på diskriminering av noen art, når slik smerte eller lidelse påføres av eller på tilskyndelse av eller med samtykke eller aksept fra en offentlig tjenestemann eller en annen person som opptrer i embetes medfør. Det omfatter ikke smerte eller lidelse som alene stammer fra, er forbundet med eller følger av lovlige straffereaksjoner.

For at en handling skal defineres som tortur i torturkonvensjonen er det krav til hva slags handling som gjennomføres mot en person, hvilken skyldgrad som foreligger, hvilket formål handlingene har, og hvem som gjennomfører dem. For at en handling skal falle inn under denne torturdefinisjonen, er det også et krav at en aktør fra myndighetene er involvert. Torturkomiteen har uttalt at en stat kan være ansvarlig for tortur gjort av ikke-statlige aktører dersom staten har vært likegyldig eller latt være å gripe inn (CAT 2008).

Artikkel 1 i torturkonvensjonen må også ses i sammenheng med artikkel 16, der det står at statene må forhindre:

[...] andre former for grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff som ikke kvalifiserer som tortur etter definisjonen i artikkel 1, når slike handlinger blir utført av eller på tilskyndelse av eller med samtykke eller aksept fra en offentlig tjenestemann eller annen person som opptrer i embets medfør.

Hvorvidt et overgrep defineres som tortur eller kvalifiserer til annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff, avhenger av handlingens formål og offerets maktesløshet heller enn intensiteten i smerten eller lidelsen som blir påført (Nowak 2005, § 39).

I FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (1966) og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) (1950) er det omtrent likelydende forbud mot tortur og grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Begrepene er ikke nærmere definert i konvensjonene, men Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har gjennom sin rettspraksis vist at den også anser torturkonvensjonens definisjon av tortur som retningsgivende (Strand og Larsen 2015, s. 127). Når det gjelder «umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff» må behandlingen ha en viss alvorlighetsgrad, men omstendighetene vil være av betydning for om en handling faller inn under dette begrepet, og det må gjøres en helhetsvurdering av blant annet smerte, lidelse, tiden som går, formål og typen inngrep (Strand og Larsen 2015, s. 129).

I internasjonal humanitær rett er det også et tydelig forbud mot tortur i Genèvekonvensjonenes (1949) felles artikkel 3 og i flere av de spesifikke reglene i de fire Genève-konvensjonene. Selv om disse reglene kun gjelder i krig og konflikt, er det for sammenhengens del interessant å se hvordan tortur blir forstått her. I regel 90 i Den internasjonale Røde Kors-komiteens (ICRC) (2005) sedvanerettsstudie³ er tortur definert som alvorlig fysisk eller psykisk smerte eller lidelse som påføres med formål om å få informasjon eller en tilståelse, for å straffe, skremme eller tvinge, eller som er basert på diskriminering. Her er det ikke et vilkår at torturen er påført av en statlig aktør.

I gjennomgangen av de juridiske rammene i denne rapporten er det den enkelte konvensjons egen definisjon som avgjør hvem konvensjonens bestemmelser gjelder. I samtaler med tjenesteapparatet har vi ikke presentert en bestemt definisjon av tortur, men utforsket deres erfaringer med og egen forståelse av tortur og tortur-rehabilitering. Vi har derfor ikke forholdt oss restriktivt til én definisjon av tortur, men lagt til grunn en bred forståelse av begrepet. Uavhengig av hvilken definisjon som anvendes, er det de humanitære behovene som tortur forårsaker, som er utgangspunktet for denne rapporten.

Former for tortur

Tortur beskrives som «et bevisst overgrep mot kroppen, psyken, identiteten og integriteten til personen; den tar sikte på å avhumanisere, fornedre, ødelegge eller svekke og gjøre den enkelte hjelpeløs» (Patel, Kellenzi og Williams 2014, s. 6). Kunnskap om torturmetoder og hva slags merker og skader de kan etterlate, er en forutsetning for å identifisere torturutsatte. Det er vanskelig å skille mellom fysisk og psykisk tortur, da tortur gjerne er en kombinasjon (ibid.), og skadene gjerne henger sammen (Lie og Skjeie 1996). Tortur som har et fysisk utgangspunkt, trenger ikke å etterlate synlige spor. I mange tilfeller velger torturisten metoder som sørger for dette (OHCHR 2004).

Tortur trenger ikke
etterlate synlige spor.

Skadefølger av tortur

Formålet med tortur er å «bevisst ødelegge ikke bare enkeltpersoners fysiske og emosjonelle velvære, men også i noen tilfeller verdighet og vilje i hele lokalsamfunn» (OHCHR 2004, s. 1). Fysiske plager som følger av tortur har ofte psykiske konsekvenser, og psykiske plager får gjerne kroppslige uttrykk. Det kan også være utfordrende å avgjøre hva som har forårsaket den gitte skaden (Quiroga og Jaranson 2005). Allikevel fremheves konsekvensene av psykisk tortur som mer langvarig enn de fysiske konsekvensene (ibid.), samtidig som bedring av fysiske skader kan ha en enorm innvirkning på psykiske plager, da de ofte er en konstant påminnelse om hva som har skjedd (Høyvik og Woldstad 2018; Lie og Skjeie 1996).

Som beskrevet av Nora Sveaass (2013) er følgene av somatiske og psykologiske torturskader alvorlige:

Tortur bryter ned sammenheng og verdighet, og de fleste vil leve med sine torturerfaringer resten av livet i form av mareritt, utrygghet, angst, mistillit og redusert tro på egne muligheter og evner. Mange vil slite med fysiske skader, som i tillegg til å være smertefulle og medføre redusert førlighet innebærer en stadig påminning om grusomme hendelser.

Konsekvensene etter tortur kan altså beskrives som gjennomgripende. De kan være langvarige og kan påvirke det fysiske, psykologiske, sosiale, relasjonelle,

spirituelle, politiske og det biologiske (Patel, Kellenzi og Williams 2014). Videre kan torturskader føre til flere sosiale problemer knyttet til blant annet «økonomi, bolig, barneoppdragelse, familiekonflikter og sosial isolasjon» (Jaranson og Quiroga 2011, s. 100). På det personlige plan kan det påvirke «selvtilliten, følelsen av handlingskraft og handlingsevne og [den overordnede] livskvaliteten» (Patel, Kellenzi og Williams 2014, s. 6).

Forbudet mot tortur

Det er et absolutt forbud mot tortur i verden i dag. I Verdenserklæringen om menneskerettigheter (1948) står det at «Ingen må utsettes for tortur eller grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff». Dette er ansett som sedvanerett.⁴ Forbudet er i tillegg slått fast i en rekke menneskerettighetskonvensjoner. Vi finner forbudet både i torturkonvensjonen, FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter og EMK. Genève-konvensjonenes felles artikkel 3 bestemmer også at tortur er forbudt i væpnet konflikt.

Når forbudet mot tortur står så sentralt som det gjør, pålegger det også statene mange positive forpliktelser, for eksempel til ikke å utøve tortur, men også til å forhindre tortur og sanksjonere tortur som likevel måtte forekomme. Rehabilitering til torturutsatte må også forstås som en del av dette.

Rehabilitering av torturskader

I torturkonvensjonens artikkel 14 står det at torturutsatte skal ha «en så fullstendig rehabilitering som mulig». En vanlig forståelse av «rehabilitering» er at en person får tilbake den fysiske eller psykiske funksjonsevnen vedkommende hadde før torturen. Helsedirektoratet (2015b) beskriver videre at rehabilitering handler om «[å] bevare eksisterende funksjoner, bremse utvikling av funksjonstap, utvikle nye funksjoner og tilpasse livet til nye forutsetninger». Se kapittel 2 for en diskusjon av hvordan rehabilitering kan forstås innenfor torturkonvensjonen og på bakgrunn av torturkomiteens kommentar.

Vi har ikke presentert en egen definisjon av rehabilitering i møte med informantene. Tjenesteapparatet snakket om spekteret i helsetjenestetilbud i møte med torturutsatte – fra hjelp for spesifikke plager til fagarbeidernes forståelse av fullstendig rehabilitering for gruppen. Vi var imidlertid spesielt interessert i tverrfaglighet i arbeidet.

HVEM SNAKKER VI OM?

Søkelyset i denne rapporten er på behandlings- og rehabiliteringstilbudet for torturutsatte med fluktbakgrunn. Med fluktbakgrunn menes i denne sammenheng personer som av ulike årsaker har valgt eller følt seg tvunget til å reise fra det landet de vanligvis oppholder seg. Vi inkluderer blant andre asylsøkere, personer som har fått beskyttelse eller annen oppholdstillatelse, familiegjennforente med fluktbakgrunn, personer som er utsatt for menneskehandel, og personer uten lovlig opphold i dette begrepet. Listen er ikke uttømmende. Disse gruppene har ulike rettigheter til helse- og omsorgstjenester (se kapittel 2). De fleste har rett til fullstendig helsehjelp, men tilgangen på helsehjelp kan likevel bli begrenset av kunnskapsnivået hos tjenesteutøverne (se kapittel 3 og 4). Traumatiserte, torturerte og krigsskadde blir ofte diskutert i sammenheng, ettersom de kliniske behovene kan være de samme, og fordi mennesker utsatt for tortur også kan ha krigsskader og være traumatisert. En slik tilnærming til gruppen var tilfellet i noen av intervjuene vi har gjennomført og reflekteres i hvordan to av de tre internasjonale aktørene vi har vært i kontakt med, har valgt å innrette sine rehabiliteringstilbud (se kapittel 5).

Det er 25,9 millioner flyktninger i verden i dag (UNHCR 2019).⁵ Hvem som kommer til Norge for å søke asyl, påvirkes av det politiske bildet og muligheten for å komme til Norge. En økning av grensekontroller og grensegjerder både utenfor, inn til og innad i Europa har stor innvirkning. Antallet asylsøkere varierer med denne utviklingen, og de siste årene har det kommet langt færre asylsøkere til Norge enn i perioden før 2016. Hvert år kommer det i tillegg et antall overføringsflyktninger.⁶ Personer med flyktningbakgrunn⁷ utgjorde 4,4 prosent av Norges befolkning (233 794 personer) per mai 2019 (SSB 2019). 141 102 personer med flyktningbakgrunn har fått innvilget norsk statsborgerskap.

Fagekspertene estimerer at mellom 10 000 og 35 000 personer i Norge har vært utsatt for tortur før de kom til landet.

Hvor mange torturutsatte?

Fagekspertene estimerer at mellom 10 000 og 35 000 personer i Norge har vært utsatt for tortur før de kom til landet (Fosse og Deresyd 2007; Halvorsen 2016; Trane 2014; Varvin 2003).

I sin studie om odontofobi i relasjon til torturerfaringer og symptomer på post-traumatisk stresslidelse (PTSD) blant flyktninger i Norge fant Høyvik, Lie og Willumsen (2019) at 47 prosent av et utvalg på 173 personer hadde vært torturert. I rekrutteringsprosessen tok de utgangspunkt i at antallet ligger på mellom 20 og 25 prosent blant flyktninger generelt. Det er også gjort forsøk på å differensiere mellom flyktninger og familiegjennforente. Lie (2001) estimerte at mellom 15 og 20 prosent av 80 000 personer med flyktningbakgrunn i Norge hadde vært utsatt for tortur, mens det tilsvarende tallet for familiegjennforente var 10 prosent. I sin studie av 54 personer med fluktbakgrunn fant Opaas og Varvin (2015) at mer enn halvparten hadde opplevd tortur. Og i en undersøkelse av forskjellige kartleggingsmetoder for psykisk helse blant asylsøkere rapporterte 57,3 prosent at de hadde vært utsatt for tortur (Jakobsen et al. 2007). Blant pasienter som benytter seg av Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo, rapporterte 16 prosent at de hadde vært utsatt for tortur, ut av en behandlingspopulasjon på 824 pasienter i 2017 (Kirkens Bymisjon og Oslo Røde Kors 2018). Undersøkelser av pasientgruppen ved tidligere *Psykososialt senter for flyktninger* oppgir antall på mellom 57 prosent (Lie, Sveaass og Eilertsen 2004) og 75 prosent (Dahl et al. 2005).⁸

Forskjellene i andelen personer utsatt for tortur i ulike studier skyldes flere variabler. Quiroga og Jaranson (2005, s. 7) beskriver de viktigste som «gruppens nasjonalitet i forhold til omfanget av kollektiv vold i opprinnelseslandet og historien om den tidligere politiske aktivismen til medlemmene i det samfunnet». Hvorvidt studien er basert på et klinisk utvalg (personer som allerede er henvist til behandling) er av stor betydning. Utdanningsnivå kan også påvirke hvem som rapporterer at de har vært utsatt for tortur (Høyvik, Lie og Willumsen 2019), og hvilke kartleggingsverktøy som blir brukt (Jakobsen et al. 2007; Quiroga og Jaranson 2005).⁹

Noen studier peker på betydelige forskjeller i andel torturutsatte basert på kjønn. I en undersøkelse av 231 pasienter ved *Psykososialt senter for flyktninger* var antallet torturerte menn betydelig høyere enn antallet kvinner, med henholdsvis 70 og 31 prosent (Lavik et al. 1996).¹⁰ Høyvik, Lie og Willumsen (2019) fant også en høyere andel mannlige flyktninger, med 52 prosent menn og 37 prosent kvinner. Forskjeller basert på kjønn var ikke betydelig i Jakobsen et al. (2007) sin studie med 85 asylsøkere som rapporterte å ha vært utsatt for tortur. Forskjellene i disse studiene kan skyldes flere ting, for eksempel at flere torturerte menn med fluktbakgrunn befinner seg i Norge, at menn i større grad blir utsatt for tortur eller i større grad blir identifisert, eller at kvinner ikke får tilgang til eller oppsøker hjelp. I Sverige, hvor Røde Kors har drevet rehabiliteringssentre for torturerte siden 1985 (Svenska Röda Korset u.å.a.), utgjør menn størsteparten av pasientgruppen. Likevel ser de nå en økning av kvinnelige pasienter utsatt for tortur under Balkan-krigen på 90-tallet.¹¹

Flukterfaringer og eksiltilværelse

På generell basis har asylsøkere og flyktninger økt risiko for å utvikle helseplager (Brekke, Sveaass og Vevstad 2010; Jakobsen et al. 2007; Lavik et al. 1996; Varvin 2003) og er mer utsatt for levekårsutfordringer (Helsedirektoratet 2018). En undersøkelse blant fastleger viser at mange fastleger ikke vet hvorvidt pasienter har fluktbakgrunn og heller ikke ser dette som en naturlig ting å avdekke (Grut, Tingvold og Hauff 2006). Samtidig anser mange fastleger aspekter som har med kultur, språk og forskjellig forståelse av helse/uhelse som viktig. Dette kan tyde på at «kulturell ‘fremmedhet’ maskerer pasientens flukterfaringer» (Grut, Tingvold og Hauff 2006, s. 1320). Forskning viser også at det finnes motstand i helsevesenet mot å motta sterkt traumatiserte pasienter fra en annen kultur og med behov for tolk (Varvin [under publisering]).

Rehabilitering i Norge for torturutsatte med fluktbakgrunn handler om å skulle leges i eksil. Rehabiliteringen handler spesifikt om torturskader, men også potensielt andre belastende opplevelser. Selv om personer ankommer Norge på forskjellige måter, vil mange ha dypt inngripende opplevelser fra flukt, enten de er voksne, medfølgende barn eller enslige mindreårige (Lønning 2018; Varvin 2003). Varvin (2003, s. 63) beskriver flukt som en «psykologisk unntakstilstand» hvor man stadig må være på vakt. Slik kan det representere en periode der andre viktige problemer blir skjøvet til side, og der kroppen er i en overlevelsmodus.

Eksilet og postmigrasjonsvansker kan komplisere helingsprosessen. Utfordringer som kan følge av eksil, det å være en fremmed og det å finne sin plass i eget miljø, storsamfunnet og på tvers av landegrenser, er faktorer som påvirker (Quiroga og Jaranson 2005). Forhold i hjemlandet og med nære og kjære andre steder vil også påvirke (Patel, Kellenzi og Williams 2014). Det samme gjelder for mangel på familiegjenforening og en uavklart livssituasjon (Jaranson og Quiroga 2011), mangel på sosialt nettverk og mangel på aktivitet (Lie 2002; Lie, Sveaass og Eilertsen 2004). Selv om eksil betyr fravær av krig og forfølgelse og kan innebære nye muligheter og utvikling, betyr det ikke nødvendigvis en opplevelse av trygghet. Eksiltilværelsen kan representere en ekstra belastning. Det kan oppstå følelser av skyld, sorg og sinne, mangel på kontroll og avmakt (Brekke, Sveaass og Vevstad 2010). Flukt og eksil fører gjerne med seg mange tap: tap av trygghet, tap av dem som står en nær, tap av muligheter og en tapt følelse av selvverd (Varvin 2003), tap av sosialt nettverk, livsprosjekter, mestring av miljøet man befinner seg i, status og rolle (Johansen og Varvin 2019). Å leve i eksil kan bety å leve i isolasjon, å leve med diskriminering og å miste inntektskilde – og dermed leve i fattigdom (Jaranson og Quiroga 2011). Eksilet kan lede til en forverring av eksisterende plager. Tidligere plager kan også dukke opp igjen eller forsterkes når man blir mottatt annerledes enn man forventer (Varvin 2003). Eksil, flukt og egne fremtidsutsikter påvirker senfølgene av tortur (Lie og Skjeie 1996).

RAPPORTENS STRUKTUR

Rapporten har fire hovedkapitler. Først presenteres en juridisk analyse av torturutsattes rett til behandling og rehabilitering i Norge. Analysen tar for seg gjeldende nasjonalt og internasjonalt lovverk, retningslinjer og veiledere og drøfter Norges forpliktelser til å tilby rehabilitering til torturutsatte med fluktbakgrunn (kapittel 2). Deretter presenteres en oversikt over det norske helsetilbudet for torturutsatte. Vi redegjør her for muligheter og begrensninger som ligger i tilbudene, særlig knyttet til identifisering av torturerte, rehabiliteringskontekst og kunnskap om tortur (kapittel 3). Deretter presenterer vi norsk praksis med utgangspunkt i fagpersoners erfaringer med rehabiliteringstilbudet for torturutsatte. Det er særlig fire temaer som blir tatt opp: tillitt, trygghet og tid som del av identifiseringen av torturutsatte; rammevilkårene som en forutsetning for rehabiliteringstilbudet; tjenesteutøvernes beskrivelse av å være hjelpere i møte med mennesker utsatt for tortur, og frivillighetens rolle i rehabiliteringsarbeidet (kapittel 4). I rapportens nest siste kapittel presenteres rehabiliteringstilbud for torturutsatte i Danmark, Sverige og Storbritannia (kapittel 5). Rapporten konkluderer at torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge er en gruppe som ikke sikres et godt nok rehabiliteringstilbud, til tross for at foreliggende forskningsmessige og kliniske erfaringer tilsier at dette er en sårbar gruppe (kapittel 6).



KAPITTEL 2

Juridiske rammer

Det er flere internasjonale konvensjoner som er relevante for myndighetenes plikt til å tilby rehabilitering til torturutsatte. Torturkonvensjonen forplikter statene å tilby rehabilitering. Myndighetene er også pålagt å tilby nødvendig helsehjelp til personer som har behov for dette, slik det er slått fast i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Det felleseuropeiske asylregelverket pålegger også statene tydelige forpliktelser overfor asylsøkere som er torturert.

I dette kapitlet analyseres internasjonale konvensjoner og direktiver som har betydning for spørsmålet om rehabilitering av torturutsatte i Norge. Vi vurderer også om de internasjonale forpliktelsene Norge har, er ivarettatt i det nasjonale lovverket.

INNLEDNING

Hvilke forpliktelser har norske myndigheter til å tilby rehabilitering til torturutsatte med fluktbakgrunn som oppholder seg i Norge? I dette kapitlet analyserer vi hvilke folkerettslige forpliktelser Norge har, og hvordan disse blir ivaretatt i norsk rett. Norge har bundet seg til flere internasjonale konvensjoner som er relevante for spørsmålet om rehabilitering av torturutsatte. I analysen av hvilke forpliktelser norske myndigheter har vil den folkerettslige metoden for traktatstolkning brukes.¹² I nasjonal sammenheng er det lovene og de tilhørende forskriftene på helserettens område som er relevante, og disse tolkes ved bruk av juridisk metode.

INTERNASJONALT NIVÅ

Det finnes mange ulike internasjonale rettskilder som kan belyse hvilken plikt norske myndigheter har til å tilby rehabilitering til torturutsatte. Vi har valgt å undersøke flere av FNs menneskerettighetskonvensjoner i tillegg til deler av det europeiske regelverket.¹³ Konvensjonene og direktivene som belyses her, har forskjellig betydning i Norge, avhengig av hvordan de er innarbeidet i norsk rett.¹⁴ De har også ulikt nedslagsfelt, blant annet avhengig av hvem de omhandler og hvordan tortur er definert. Det varierer også i hvilken grad de ulike rettskildene pålegger staten å tilby rehabilitering til torturutsatte.

FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff

FNs torturkonvensjon (1984) har som hovedmål å forhindre tortur og forplikte statene til å undersøke og eventuelt straffeforfølge dersom noen har blitt torturert. Norge har ratifisert torturkonvensjonen og er forpliktet til å følge den.¹⁵ Forbudet mot tortur er transformert inn i den norske straffeloven (2005) §§ 174–175, men resten av konvensjonen har ikke en like tydelig plass i norsk rett. Som drøftelsen her også vil vise, er det en diskusjon om hvordan konvensjonen skal tolkes når det gjelder hvilke forpliktelser norske myndigheter har til å tilby rehabilitering til personer som er utsatt for tortur utenfor Norge. Tolkningen av torturkonvensjonen gir oss uansett interessant informasjon om standarder for behandling av torturutsatte.

Torturkonvensjonen har en egen bestemmelse om rehabilitering av torturutsatte i artikkel 14:

Enhver konvensjonspart skal i sitt rettssystem sikre at offeret for en torturhandling får oppreisning og har en rett til rettfærdig og rimelig erstatning som kan håndheves, herunder midler for en så fullstendig rehabilitering som mulig. I det tilfelle offeret dør som følge av en torturhandling, skal hans etterlatte ha rett til erstatning.

«Enhver konvensjonspart skal sikre at offeret for en torturhandling får [...] en så fullstendig rehabilitering som mulig.»

Torturkonvensjonens artikkel 14

I «oppreisning» og «erstatning» ligger blant annet en rett til anerkjennelse av hva den torturerte har blitt utsatt for, og økonomisk eller ikke-økonomisk kompensasjon. I vår kartlegging er det imidlertid primært det helsemessige aspektet av denne bestemmelsen som er i fokus, altså «rehabilitering».

En vanlig forståelse av «rehabilitering» er at en person får tilbake den fysiske eller psykiske funksjonsevnen vedkommende hadde før torturen. Ordlyden i konvensjonen gir oss ikke så mange flere holdepunkter, og det er derfor nødvendig å se på andre tolkningsfaktorer. Torturkonvensjonen har en egen ekspertkomité som behandler rapporter fra statene og gir generelle kommentarer om bestemmelsene i konvensjonen.¹⁶ Komiteen har gitt ut en egen kommentar om artikkel 14 (CAT 2012)¹⁷ som blant annet bygger på komiteens egen praksis (Sveaass, Gaer og Grossman 2018). Ifølge komiteen må rehabiliteringen være helhetlig og inkludere medisinsk og psykologisk bistand i tillegg til juridiske og sosiale tjenester. Den torturutsatte skal hjelpes til å gjenvinne sine tidligere funksjoner, alternativt få hjelp til å tilegne seg nye ferdigheter som er nødvendige på grunn av tilstanden vedkommende er i som følge av torturen (punkt 11). En person som har blitt torturert, skal rehabiliteres så langt det er mulig ut fra vedkommendes egne forutsetninger, og dette skal ikke begrenses av hvilke ressurser staten har tilgjengelig (punkt 12). Torturkomiteens kommentar er imidlertid ikke bindende, og den knappe ordlyden i artikkel 14 gjør at det ikke nødvendigvis er klart «hvor mye» rehabilitering som må tilbys.

Det er staten som er forpliktet til å sørge for rehabilitering, og torturkomiteen har gitt en detaljert tolkning av hvordan den mener at statene skal gjennomføre dette. Komiteen sier at statene må ha en langsiktig og integrert tilnærming

(punkt 11–15). Spesialisttjenester må være tilgjengelige, inkludert en prosedyre for å vurdere og evaluere de individuelle behovene basert på Istanbul-protokollen (OHCHR 2004).¹⁸ Rehabiliteringen kan inkludere medisinske, fysiske og psykologiske tjenester, reintegreringstiltak, sosiale tjenester, tjenester rettet mot familien, arbeidstrening og så videre. En effektiv rehabilitering avhenger av tillit mellom behandleren og pasienten. Komiteen beskriver også at statene har ansvar for å etablere rehabiliteringstjenester som tar hensyn til den torturutsattes personlige forhold. Det er særlig nevnt at asylsøkere og flyktninger må ha tilgang til tjenestene (punkt 15). Komiteen slår fast at adgang til rehabilitering må gis så snart som mulig etter en vurdering utført av kvalifisert medisinsk personell. Komiteen beskriver også at statene må vedta lover som spesifikt gir torturutsatte rett og adgang til rehabilitering (punkt 20). Komiteen understreker at statens ansvar for rehabilitering må være tilgjengelig for alle (punkt 32). Komiteen påpeker også at ansatte i politi og fengselsvesen, helsepersonell, jurister og personer som arbeider med innvandrere, må gis opplæring i Istanbul-protokollen (punkt 35).

Når det gjelder spørsmålet om hvem artikkel 14 faktisk gjelder, vil en streng forståelse av «offeret for en torturhandling» tilsi at alle som har blitt direkte utsatt for en torturhandling, skal sikres rehabilitering. Torturkomiteen har uttalt at bestemmelsen om rehabilitering ikke bare gjelder for personer som er torturert, men også personer som har blitt utsatt for umenneskelig eller nedverdiggende behandling (punkt 1). Komiteen understreker at man er et «offer» uavhengig av om overgreiperen er identifisert, pågrepet eller straffeforfulgt. Komiteen har en vid forståelse av hvem som er «offer»: det kan også være nærmeste familie eller andre offeret har ansvar for, og personer som har grepet inn for å hjelpe offeret eller avverge overgrepet (punkt 3).

En særlig problemstilling som reises ved tolkning av artikkel 14 i torturkonvensjonen er hvem som faktisk er forpliktet. Det står i artikkel 14 at «enhver konvensjonspart» er ansvarlig for å gjennomføre den plikten som følger av bestemmelsen. Betyr det at statene er forpliktet til å tilby rehabilitering til personer som oppholder seg på deres territorium, men som er utsatt for tortur av en annen stat? Problemstillingen er relevant fordi vårt fokus nettopp er på torturutsatte med fluktbakgrunn, altså personer som har blitt torturert før de kom til Norge. Spørsmålet må ses i sammenheng med en pågående diskusjon om universell jurisdiksjon når det gjelder oppreisning eller reparasjon,¹⁹ men som vi vil komme tilbake til i kapittel 6, kan det da være grunn til å skille mellom oppreisning og erstatning på den ene siden og rehabilitering på den andre siden.

Artikkel 14 inneholder ingen begrensninger for hvor torturen skal ha blitt begått, eller av hvem, og flere tolkningsfaktorer etter Wien-konvensjonen (1969) taler for å forstå bestemmelsen slik at staten er ansvarlig for å tilby rehabilitering til alle torturutsatte som oppholder seg innenfor statens territorium. Formålet med

torturkonvensjonen er å forby tortur og følge opp de som er utsatt for dette. Dersom det bare er den staten som skulle ha forhindret tortur, som skal tilby rehabilitering, kan retten til rehabilitering uthules fordi den aktuelle staten ikke alltid vil ta ansvar. Hvis en skal tolke konvensjonen i god tro er det også nærliggende å forstå den slik at alle stater må være ansvarlige, ellers er det en risiko for at få torturutsatte vil få tilgang til rehabilitering. Andre bestemmelser i samme konvensjon, som artikkel 12 og 13, har eksplisitt begrenset sitt nedslagsfelt til tortur begått innenfor statens jurisdiksjon. Når artikkel 14 ikke har en slik begrensning, bør den heller ikke tolkes slik. Det er også holdepunkter i konvensjonens forarbeider som taler for at forståelsen ved utarbeidelse av konvensjonen var at denne bestemmelsen skulle gjelde uavhengig av jurisdiksjon.²⁰ Dette synspunktet har også delvis støtte i juridisk litteratur (Hall 2007; Sveaass, Gaer og Grossman 2018). I tillegg har torturkomiteen i sin generelle kommentar lagt til grunn at artikkel 14 ikke er begrenset til personer som er utsatt for tortur innenfor statens territorium eller av statsborgere fra konvensjonsparten (punkt 22). En resolusjon vedtatt av FNs generalforsamling i 2005 peker i samme retning (UNGA 2006).²¹ Med henvisning til blant annet torturkonvensjonens artikkel 14 vedtok generalforsamlingen retningslinjer for retten til rehabilitering etter alvorlige menneskerettighetsbrudd. Resolusjonen sier blant annet at statene plikter å tilby reparasjon (punkt II) og gir en detaljert beskrivelse av hva dette innebærer (punkt IX). Det er med andre ord mange tolkningsfaktorer som tilsier at torturkonvensjonen må forstås slik at statene er ansvarlig for rehabilitering av torturutsatte som befinner seg innenfor statens jurisdiksjon, uavhengig av hvor torturen er begått.

Det er samtidig viktig å anerkjenne at tolkningen av artikkel 14, slik den er beskrevet ovenfor, kan bli sett på som for vid. Så lenge bestemmelsens ordlyd ikke er tydelig, kan det være krevende å etablere en omforent juridisk tolkning av artikkelen. Selv om en i folkerettslig metode skal være forsiktig med bruk av forarbeider kan det nevnes at det ved utarbeidelse av konvensjonen visstnok også var et forslag om å begrense bestemmelsen til statens jurisdiksjon, men det er uklart hvorfor det falt bort (Nowak og McArthur 2008).

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) har som formål å sikre at innbyggerne i medlemslandene har tilgang på mat, vann, bolig, utdanning og grunnleggende helsetjenester. Norge har ratifisert konvensjonen og inkorporert den i norsk rett gjennom menneskerettighetsloven (1999). Det betyr at konvensjonen gjelder direkte i norsk rett, og at den har forrang for andre lover.

Det er en egen bestemmelse om helse som er relevant for denne kartleggingen i tilfeller der torturutsatte har behov for fysisk eller psykisk helsehjelp. I artikkel 12 står det: «Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende.» Denne bestemmelsen innebærer ikke at alle har rett til god helse. Individuelle forhold hos den enkelte og forhold ved samfunnet for øvrig spiller inn på hva som er oppnåelig. Selv om det i andre ledd i bestemmelsen er presisert noen former for helsehjelp, er artikkel 12 uspesifikk, og innholdet må utvikles i praksis.

ØSK-konvensjonens egen ekspertkomité²² har bidratt til tolkningen av artikkel 12 i en generell kommentar om retten til helse (CESCR 2000). Komiteen beskriver der at retten til helse må forstås slik at det tas hensyn til individets biologiske og sosioøkonomiske forutsetninger og til statens tilgjengelige ressurser (punkt 9). Det er altså akseptabelt å ta hensyn til økonomi når staten vurderer hvilken helsehjelp som skal tilbys. Videre beskriver komiteen at staten må gjøre aktive tiltak for å gjennomføre rettigheten (punkt 30). Komiteen definerer noen grunnleggende elementer for å oppfylle retten til helse: Det må være tilstrekkelig antall tilgjengelige helsefasiliteter, helsefasilitetene må være tilgjengelige for alle innenfor statens jurisdiksjon, og helsefasilitetene må respektere medisinsk etikk, være kulturelt passende, og av god kvalitet (punkt 12 bokstav a-d).

Artikkel 12 må leses i sammenheng med noen av de andre bestemmelsene i konvensjonen. I artikkel 2 nummer 1 er det bestemt at statene har forpliktet seg til å gjennomføre alle rettighetene i konvensjonen «gradvis» og «fullt ut» og «ved alle egnede midler». Når det gjelder retten til helse må altså staten over tid sørge for at rettigheten blir oppfylt, og staten må ta aktive grep for å oppfylle rettigheten. Denne adgangen til gradvis gjennomføring gjør imidlertid forpliktelsene etter artikkel 12 mer usikker. Staten kan selv velge hvilke prioriteringer den vil gjøre. I artikkel 4 er det videre bestemt at staten kan gjøre begrensninger i de rettighetene som følger av konvensjonen så lenge dette er tillatt ved lov, men «bare så langt det er forenelig med rettighetens natur og utelukkende med det formål å fremme den allmenne velferd i et demokratisk samfunn».

For torturutsatte innebærer dette at staten må tilrettelegge for den høyest oppnåelige helsestandard. Hva dette innebærer må vurderes ut fra hva som er den enkeltes behov. Det er rehabiliteringsbehovet, uavhengig av årsak, som gjør at staten er forpliktet til å tilby helsehjelp. Samtidig begrenses altså statens forpliktelse ved at retten til helse kan oppfylles over tid, og ved at det er anledning til å begrense rettighetene hvis det foreligger legitime grunner til det. Retten til helsehjelp etter ØSK gir altså ikke spesifikke retningslinjer for hvilken helsehjelp personer utsatt for tortur skal få.

En særlig problemstilling ved tolkningen av ØSK artikkel 12 er hvem bestemmelsen gjelder: hvem er «enhver»? Viser «enhver» til alle som oppholder seg innenfor den

enkelte stats jurisdiksjon? I Norge finnes personer med ulik tilknytning og oppholdsstatus. Norske myndigheter har lagt seg på en restriktiv linje, slik at personer som oppholder seg i Norge, men som ikke har oppholdstillatelse, bare har begrenset rett på og tilgang til helsehjelp. Denne gruppen blir kun tilbudt helsehjelp som er «nødvendig og ikke kan vente» (Helse- og omsorgsdepartementet 2011b). Myndighetene forstår ØSK artikkel 12 slik at de ikke er forpliktet til å gi helsehjelp til personer uten lovlig oppholdstillatelse ut over dette. ØSK-komiteen har imidlertid presisert at statene ikke må begrense tilgangen til helsehjelp for asylsøkere og personer uten lovlig opphold (punkt 34). Komiteen har også kritisert Norge for den ordningen som eksisterer i dag (CESCR 2013), men norske myndigheter har opprettholdt praksisen.

FNs konvensjon om barns rettigheter

FNs barnekonvensjon (1989) slår fast at barn har menneskerettigheter og krav på spesiell beskyttelse. Barnekonvensjonen overvåkes av en egen ekspertkomité²³ som blant annet gir ut generelle kommentarer om de ulike bestemmelsene. Norge har ratifisert konvensjonen og inkorporert den i norsk rett gjennom menneskerettighetsloven. På samme måte som ØSK, gjelder barnekonvensjonen direkte i norsk rett og har forrang foran andre lover. Barns menneskerettslige vern er også særlig regulert i Grunnloven (1814) § 104.

Barnekonvensjonen har en egen bestemmelse om barns rett til helsetjenester i artikkel 24:

Partene anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratas sin rett til adgang til slike helsetjenester

Det er også bestemt i artikkel 39 at statene skal:

[...] treffe alle egnede tiltak for å fremme fysisk og psykisk rehabilitering og sosial reintegrering av et barn som for eksempel har vært utsatt for tortur eller enhver annen form for grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

Det står også i bestemmelsen at «slik rehabilitering og reintegrering skal finne sted i et miljø som fremmer barnets helse, selvrespekt og verdighet». Det kan argumenteres for at artikkel 39 ikke bare pålegger statene forpliktelser, men at det også er en rett til rehabilitering for barn (Stang 2009). Det er ikke noe ved artikkel 39 som tilsier at det har betydning hvor torturen eller den umenneskelige eller nedverdiggende behandlingen har funnet sted.

I likhet med ØSK artikkel 12 må barnekonvensjonen forstås slik at det tas hensyn til det enkelte barns individuelle forhold, men også utviklingsnivå og tilgjengelige tilbud i staten (Høstmælingen, Kjørholt og Sandberg 2016, s. 196). Ved tolkning av artikkel 24 og 39 må det legges vekt på de fire generelle prinsippene i barnekonvensjonen, som er ikke-diskriminering, barnets beste, barnets rett til liv og utvikling og barnets rett til deltakelse og å bli hørt.

Barnekonvensjonen definerer omfattende rettigheter til barn som har vært utsatt for tortur. Staten må blant annet gjennom lovgivning og praktiske og økonomiske prioriteringer sørge for at barn som har vært utsatt for tortur, får nødvendig rehabilitering. Konvensjonen vil i så måte ofte sette rammene for den minstandard som gjelder når barn er involvert.

Barnekonvensjonen og prinsippet om barnets beste kan også få betydning i saker som i utgangspunktet gjelder foreldres tilgang til rehabilitering, fordi manglende rehabilitering til en voksen kan føre til en situasjon som er belastende for barnet, og som derfor ikke er i tråd med barnets beste.

FNs konvensjon om personer med nedsatt funksjonsevne

FNs konvensjon om personer med nedsatt funksjonsevne (2006) stiller krav til hvordan statene skal legge til rette for at menneskerettighetene blir oppfylt også for personer med funksjonsnedsettelse. Et hovedmål med konvensjonen er at personer med nedsatt funksjonsevne ikke skal forskjellsbehandles. Konvensjonen er ikke inkorporert i norsk lov. På samme måte som for torturkonvensjonen er det den folkerettslige forpliktelsen, den generelle bestemmelsen om menneskerettigheter i Grunnloven, og presumsjonsprinsippet som er utgangspunktet for å forstå konvensjonens plass i norsk rett.

Artikkel 25, om helse, bestemmer at «mennesker med nedsatt funksjonsevne har rett til den høyest oppnåelige helsestandard uten diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne». Det er videre en bestemmelse i artikkel 26 om at statene må opprette, styrke og videreutvikle habiliterings- og rehabiliteringstjenester og -programmer slik at personer med nedsatt funksjonsevne kan oppnå størst mulig selvstendighet og utnytte sitt potensial fullt ut. Det er også spesifisert at rehabiliteringen må starte på et så tidlig stadium som mulig og være basert på en tverrfaglig vurdering av den enkeltes behov og ressurser.

Konvensjonen beskriver tydelig hvilke forpliktelser statene har til å gi helsehjelp til personer med nedsatt funksjonsevne. Retten til helsehjelp og rehabilitering er imidlertid ikke knyttet til hvorvidt en person er torturert, og konvensjonen gir derfor heller ikke mange holdepunkter for hvordan torturutsatte med nedsatt

funksjonsevne rent konkret skal møtes. Det er også et spørsmål hvor klare rettigheter en enkeltperson kan utlede av konvensjonen når den ikke er inkorporert i norsk rett, men bare er en folkerettslig forpliktelse.

Det europeiske asylsystemet

EU har etablert et felles asylsystem (Common European Asylum System, CEAS). Systemet består av en rekke direktiver som er bindende for EUs medlemsstater. Deler av det europeiske systemet er bindende for Norge fordi vi har inngått avtaler om dette. Det gjelder Schengen-samarbeidet og Dublin- og Eurodac-samarbeidet. Statusdirektivet (2011) og mottaksdirektivet (2013), som kommenteres her, er ikke direkte bindende for Norge, men de får indirekte virkning fordi det norske regelverket er bygget over samme lest, og fordi norske myndigheter rådfører seg med EUs politikk på dette området. Det legges tradisjonelt sett vekt på direktivene i tolkningen av Norges forpliktelser på utlendingsfeltet (Høyesterett 2017, avsnitt 56–60). Avgjørelser fra EU-domstolen (CJEU) om CEAS kan få indirekte betydning for Norge ved at de blir brukt som rettskilde av EMD (Vevstad 2012). Det er også et uttalt ønske om å harmonisere de norske reglene på dette feltet med de europeiske reglene (Justisdepartementet 2010). Derfor er det relevant å undersøke hvordan torturutsatte er behandlet i det europeiske regelverket.

EUs statusdirektiv spesifiserer vilkårene for å få beskyttelse. Direktivet handler også om rettigheter og integreringstiltak for de som har fått beskyttelse. Statene må blant annet sørge for at de som har fått beskyttelse, har tilgang på helsehjelp på samme måte som borgerne av den aktuelle staten (artikkel 30 nummer 1). Det er også bestemt at staten, når det er nødvendig, må gi adekvat helsehjelp til personer som har fått beskyttelse, og som har særlige behov, inkludert behandling av psykiske lidelser (artikkel 30 nummer 2). Torturutsatte er spesielt nevnt i bestemmelsen.

EUs mottaksdirektiv inneholder regler om hvordan asylsøkere skal mottas og angir minstestandarder for blant annet tilgangen på helsetjenester. Når direktivet skal implementeres i nasjonal rett, er statene forpliktet til å ta hensyn til om en asylsøker for eksempel har vært utsatt for tortur eller annen form for alvorlig psykologisk, fysisk eller seksuell vold (artikkel 21). Direktivet slår også fast at statene må sikre at barn som har vært utsatt for tortur eller annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling, har tilgang til rehabiliteringstjenester (artikkel 23, avsnitt 4). Statene må også sikre at det er lagt til rette for tilstrekkelig psykisk helsehjelp, og at det blir gitt kvalifisert hjelp når det er nødvendig. I artikkel 25 er det bestemt at personer som har blitt torturert, må få nødvendig behandling for skadene de er påført, særlig tilgang på tilstrekkelig medisinsk og psykologisk behandling og omsorg. Det følger videre av samme bestemmelse at personer som

jobber med torturutsatte må få tilstrekkelig opplæring i hvilke behov denne gruppen har (artikkel 25, avsnitt 1 og 2). I forbindelse med innføringen av direktivet ble alle stater blant annet pålagt å rapportere hvordan torturutsatte ble identifisert av staten (annex 1, punkt 1).

Det felleseuropeiske regelverket pålegger altså EU-statene konkrete plikter overfor asylsøkere som er torturert. Regelverket er under revisjon, og det ser ut til at rettighetene knyttet til rehabilitering vil bli gjort enda tydeligere.

NASJONALT NIVÅ

På nasjonalt nivå reguleres helserettighetene til torturutsatte av de generelle reglene om fysisk og psykisk helsehjelp. Det norske lovverket på helserettsområdet er organisert gjennom rettighetslover og pliktlover. Rettighetene for enkeltpersoner er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). De tilsvarende pliktene for virksomheter og personer følger blant annet av helse- og omsorgstjenesteloven (2011) (kommunenes plikter), deler av spesialisthelsetjenesteloven (1999) (spesialisthelsetjenestens plikter) og deler av helsepersonelloven (1999) (helsepersonells plikter). De aktuelle lovene er presisert gjennom ulike forskrifter. Noen av forskriftene som er relevante i et torturrehabiliteringsperspektiv, er prioriteringsforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet 2000) og forskriften om helsehjelp til utlendinger uten fast bosted (Helse- og omsorgsdepartementet 2011b). I tillegg til forskriftene har myndighetene utarbeidet diverse retningslinjer og veiledere som helsearbeidere skal bruke i sitt arbeid. De er basert på både lovverket og faglige vurderinger og er i seg selv ikke rettslig bindende.

Nasjonale lover skal tolkes slik at de oppfyller de folkerettslige forpliktelsene Norge har (presumsjonsprinsippet), og i flere tilfeller skal menneskerettighetskonvensjoner gå foran norsk lov dersom det er motstrid. Funnene om de internasjonale forpliktelsene får derfor direkte betydning for hva som er det nasjonale ansvaret.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven ser retten til helsehjelp fra pasienten/brukerens perspektiv. Et av lovens formål er å gi befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten (§ 1-1 første ledd). «Lik tilgang» kan forstås som et mål om at helsehjelp skal gis uavhengig av for eksempel alder, kjønn, økonomisk eller kulturell bakgrunn og sosial status (Syse 2015, s. 152).

Alle loven gjelder for, har rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen (§§ 2-1 og 3-1). Dette tolkes slik at enhver har rett på helsehjelp med en forsvarlig standard (Helsedirektoratet 2015d). Hva som er forsvarlig må bestemmes ut fra en helsefaglig vurdering av pasientens behov. Retten til nødvendig helsehjelp gjelder både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir også hjemmel til en forskrift som mer detaljert styrer hva slags helsehjelp som faktisk skal gis, nemlig prioriteringsforskriften. I denne forskriften er det blant annet bestemt at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og når den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til forventet nytte av helsehjelpen (§ 2). Nyten vurderes ut ifra om hjelpen kan øke livslengden eller livskvaliteten, for eksempel ved å gi økt sannsynlighet for fysisk eller psykisk funksjonsforbedring eller for reduksjon av smerter eller fysisk og/eller psykisk ubehag. Forskriften gir også føringer for hvordan spesialisthelsetjenesten skal prioritere mellom pasienter (§ 2a).

På lik linje med andre pasienter vil torturutsatte bli vurdert på bakgrunn av om de har rett til nødvendig helsehjelp, basert på hvilket behov de har, hvilken nytte de vil ha av behandlingen, og om de skal prioriteres foran andre pasienter. Det er imidlertid ikke lett å lese denne rettigheten ut av regelverket slik det er utformet i dag, og slik vi vil se i andre deler av denne rapporten er det i praksis et problem at torturutsatte ikke får tilgang på rehabilitering til tross for at det er en rettighet.

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven speiler pasient- og brukerrettighetsloven. Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å tilby nødvendig helsehjelp til de som oppholder seg i kommunen, og ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper (§ 3-1 første og annet ledd). Det følger av rettspraksis at nødvendig helsehjelp innebærer at det er en minstestandard for kvalitet og omfang av slike kommunale tjenester (Høyesterett 1990). Det er spesifisert i loven at kommunen blant annet skal tilby utredning, diagnostisering og behandling samt sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (§ 3-2 nummer 4 og 5). Det er utarbeidet en egen forskrift om habilitering og rehabilitering som gir flere detaljer om hvilke tjenester som skal tilbys (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a). Det er et krav i loven at tjenestene som tilbys må være forsvarlige, noe som blant annet innebærer at det må gis et helhetlig og koordinert tilbud (§ 4-1).

Spesialisthelsetjenesteloven regulerer ansvar, plikter, rettigheter og organisering av alle som leverer spesialisthelsetjenester, herunder rehabiliteringstjenester. Det er Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene som har det overordnede ansvaret for at det er tilstrekkelig spesialisthelsetjenestetilbud (§§ 2-1 og 2-1a). Tjenestene må dekke eksisterende behov og må utvikles etter faglige standarder. Helsetjenestene som tilbys må være forsvarlige (§ 2-2). Forsvarlighetskravet er en rettslig standard som kan utvikles over tid, men innebærer uansett at det må være et visst minimumsnivå på helsetjenesten.

Nasjonal veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familie-gjenforente IS-1022 henviser til Istanbul-protokollen for retningslinjer for arbeid med utredning og dokumentasjon av tortur, og konsekvensene av tortur.

Helsedirektoratet (2015a) har utarbeidet en egen *Nasjonal veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familie-gjenforente IS-1022*, hvor det er henvist til Istanbul-protokollen for retningslinjer for arbeid med utredning og dokumentasjon av tortur, og konsekvensene av tortur. Veilederen er ikke rettslig bindende, men anbefaler altså at FNs retningslinjer brukes.

Torturutsatte som oppholder seg i Norge har ingen spesielle rettigheter etter disse lovene, men vil på lik linje med andre pasienter få vurdert om de har rett på helsetjenester fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten basert på behov og de til enhver tid gjeldende prioriteringene som gjøres.

Personer med begrenset eller ingen oppholdstillatelse

Helserettighetslovene gjelder i utgangspunktet for alle som oppholder seg i riket (Syse 2015).

For personer som bare har begrenset oppholdstillatelse²⁴ kan imidlertid forventet oppholdstid i Norge spille inn på hva slags behandling som kan tilbys. Som nevnt over kan det gjøres en nyttevurdering av helsehjelpen, og dersom det er behov for

langvarig behandling, kan det faktum at personen oppholder seg midlertidig i landet stå i veien for at det gis rehabilitering som han eller hun ellers ville fått.

I tillegg kan det gjøres unntak for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket (pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2). Et slikt unntak er gjort i forskriften om helsehjelp til personer uten fast opphold. De som ikke har oppholdstillatelse har bare rett til svært begrenset helsehjelp, nemlig øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig, og som ikke kan vente.

I tillegg til at rettighetene til helsehjelp er begrenset, må personer uten lovlig opphold betale for all helsehjelp selv. Det innebærer at mange ikke får benyttet seg av den helsehjelpen de har krav på, fordi de ikke klarer å betale (Kirkens Bymisjon og Oslo Røde Kors 2019). Personer uten lovlig opphold har heller ikke rett til fastlege og må oppsøke legevakten eller et av de to helsesentrene for papirløse som finnes i dag, som drives av Kirkens Bymisjon og Røde Kors i Bergen og Oslo, for å få helsehjelp og eventuelt nødvendig henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Barn uten lovlig opphold har større rettigheter knyttet til helsehjelp enn voksne i samme situasjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2011b, § 4). Men verken barn eller voksne uten lovlig opphold har rett til fastlege. Dette begrenser tilgangen til helsehjelp betraktelig. Legevakten er i utgangspunktet ikke rigget for å ta imot henvendelser som normalt håndteres av fastleger.

For torturutsatte som oppholder seg i Norge uten lovlig opphold innebærer dette at tilgangen på helsehjelp er svært begrenset. Manglende oppholdstillatelse kan også stå i veien for å planlegge og gjennomføre en rehabilitering, fordi ens framtid og tilgangen på behandling er usikker.



KAPITTEL 3

Nasjonal organisering

Identifisering av torturskader er en forutsetning for rehabilitering. Helsepersonell har en viktig rolle i dette arbeidet, men det er også mange ubrukte muligheter til å fange opp og identifisere torturskader i asyl- og bosettingsprosessen. I Norge skal helsetjenestetilbudet for torturutsatte i all hovedsak dekkes gjennom det ordinære helsevesenet. Det er imidlertid svært store variasjoner både på lokalt og regionalt nivå i dette behandlings- og rehabiliteringstilbudet. Tilbudet er personavhengig og fragmentert. Hvilke tilbud som er tilgjengelige, og hvordan disse er organisert og ivarettatt, har stor innvirkning på det reelle rehabiliteringstilbudet til denne gruppen. Tortur er i liten eller ingen grad tematisert i relevante profesjonsstudier i medisin, psykologi og rettsvitenskap eller i grunnutdanningen i sykepleie og bachelorgraden i politiutdanningen.

I dette kapittelet utforsker vi hvordan helsetjenestetilbudet i Norge er organisert for å møte, identifisere og tilby behandling og rehabilitering til torturutsatte. For å gjøre dette ser vi på det norske helse-tjenestetilbudet som torturutsatte møter, muligheter for identifisering av torturskader, behandlings- og rehabiliteringskonteksten og tortur som tema innenfor utvalgte utdanningsløp.

INNLEDNING

Rehabiliteringstilbudet for torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge har i flere tiår vært et tema i berørte fagmiljøer og i deres diskusjoner med myndigheter og politikere lokalt, regionalt og nasjonalt.²⁵ I dette kapitlet utforsker vi det eksisterende helsetilbudet for torturutsatte i Norge. For å gjøre dette ser vi på organisering av helsetjenestetilbudet der rehabilitering av torturskader skjer, hvilke muligheter som finnes for identifisering, behandlings- og rehabiliteringskonteksten, og hvorvidt kunnskap om tortur (regelverk, identifisering, rehabilitering) er et tema i utvalgte utdanningsløp.²⁶

Kapitlet er basert på en rekke ulike kilder, for eksempel veiledere, strategier, retningslinjer og informasjon fra Helsedirektoratet, Kunnskapsdepartementet, helsepersonell og fagmiljøer/-instanser. Norske læresteder som tilbyr profesjonsstudier i medisin, psykologi og rettsvitenskap, grunnutdanning i sykepleie og bachelor i politiutdanning er blitt kontaktet. Vi har også vært i kontakt med Norsk psykologforening, Norsk sykepleierforbund, Folkehelseinstituttet (FHI), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) i Nord, Midt, Vest, Øst og Sør.

ORGANISERING AV HELSETJENESTETILBUDET FOR TORTURUTSATTE

For å forstå hvordan helsetjenestetilbudet for torturutsatte ser ut i dag, er det nødvendig å se kort på hvordan tilbudet har utviklet seg over tid.²⁷ I 1988 kom Helsedirektoratet med en strategiplan for helsetjenestetilbudet for flyktninger (Lie, Sveaass og Hauff 2014). I Norge har det ikke vært planlagt å etablere en egen helsetjeneste eller et eget helsetjenestetilbud for denne gruppen. I stedet har man forutsatt at disse oppgavene skal ivaretas av det ordinære tjenesteapparatet, skjønt dette krever en klar prioritering og styrking av opplæring og kompetansehevinge tiltak for helsepersonell og andre relevante faggrupper. Modellen man landet på, tilsa en utvikling av psykososiale tjenester på to nivåer: et nasjonalt team med vekt på opplæring og veiledningsoppgaver og etter hvert en utbygging av regionale team. For at disse miljøene skulle kunne ivareta slike faglige oppgaver på en best mulig måte skulle de ha adgang til å drive klinisk virksomhet. De kliniske oppgavene skulle både fungere som faglig styrkende og være et tilbud til flyktninger med alvorlige traumetilstander som ikke kunne få spesialisert hjelp andre steder.

Psykososialt team for flyktninger i Norge var allerede opprettet som et treårig prosjekt i Oslo i 1986 av den tidens Helse- og sosialdepartement og besto av en liten gruppe fagpersoner med formål om å drive kunnskapsutvikling og kompetanseheving i tjenesteapparatet, samt klinisk virksomhet, i det som etter hvert ble en egen poliklinikk og en slags tredjelinjetjeneste. Sentralt for utviklingen av dette arbeidet var kunnskap om tiltak gjennomført i andre europeiske land, en anerkjennelse av behovet for spesialisert kompetanse i behandlingen av traumatiserte personer med fluktbakgrunn og registrerte mangler innenfor det eksisterende tilbudet på dette området. Mennesker med torturerfaringer utgjorde en viktig gruppe både når det gjaldt behandling, veiledning og undervisning. Perspektivet i arbeidet var på psykososiale tiltak, altså bredere enn psykoterapi, noe som også medførte at personer med fluktbakgrunn og med andre belastninger og erfaringer ble del av pasientgrunnlaget. I 1990 ble teamet organisert som et eget senter ved Universitetet i Oslo (UiO) under navnet *Psykososialt senter for flyktninger*, der også forskning inngikk som en vesentlig oppgave (Lie, Sveaass og Hauff 2014). *Psykososiale team* ble opprettet i de andre helseregionene (tre i 1990 og ett i 1998) med oppgaver knyttet til undervisning, behandling, veiledning og kunnskapsutvikling.

I 2002 kom det en reform, og i 2004 ble de eksisterende miljøene lagt ned i sin daværende form. Omorganiseringen førte til at det nasjonale senteret ble lagt inn under det nyetablerte NKVTS, mens de regionale teamene ble lagt inn under fem nyetablerte RVTS, samtlige steder sammen med andre fagmiljø med særlig kompetanse på vold og traumatisk stress. De kliniske oppgavene, som på mange måter representerte bærebjelken i dette arbeidet og et grunnlag for å utvikle god veiledning og kompetanseheving til helsevesenet for øvrig, ble fjernet som oppgave innen rammen av omorganiseringen. Målet for virksomheten ble knyttet til kunnskapsheving på ulike måter, inkludert forskning, skjønt uten anledning til klinisk virksomhet eller klinisk veiledning. NKVTS er lokalisert i Oslo og er organisert ut fra tre ulike faglige og forskningsmessige områder, der tvungen migrasjon og flyktninghelse er ett av disse. Senteret har tre hovedoppgaver: forskning og utviklingsarbeid; formidling gjennom undervisning og veiledning; og rådgivning. Senteret er tverrfaglig oppbygget. RVTSene er lokalisert i Tromsø, Trondheim, Bergen, Oslo og Kristiansand og jobber innenfor fire områder, inkludert flyktninghelse og tvungen migrasjon. Sentrene mottar tilskuddsbrev fra Helsedirektoratet, med føringer for arbeidet som skal gjøres, og har et eksplisitt ansvar for veiledning og kompetanseheving i tjenesteapparatet.

Den største forandringen som omleggingen medførte var at forskning og klinisk kompetanseheving i all hovedsak ble adskilt, og at den kliniske virksomheten gikk ut. Som påpekt har det, i motsetning til i andre land i Europa, vært et klart politisk mål at den ordinære tjenesten skulle ivareta rehabiliteringsoppgaver (Lie, Sveaass og Hauff 2014). Det har vært en anerkjennelse av at dette ville kreve

spesialmiljøer som kunne ivareta særlig vanskelige oppgaver, ta ansvar for å videreutvikle spesialkompetanse på området og lære opp annet helsepersonell, i tillegg til å ha en kontinuerlig veiledningsfunksjon. Til tross for at de har hatt relativt like nasjonale planer har RVTSene utviklet seg forskjellig. Etter hvert ble det mulig å gi de ansatte innenfor temaområdet flyktninghelse og tvungen migrasjon ved både RVTS Nord og Midt rundt 20 prosent kliniske oppgaver i stillingene sine. Dette har også vært tilfellet for en ansatt innenfor temaområdet ved RVTS Vest. Disse kliniske virksomhetene representerer regionale løsninger og har ikke vært organisert etter føringer fra Helsedirektoratet.

Det ordinære helsevesenet

Rehabiliteringstilbudet for torturutsatte i Norge ivaretas av det ordinære helsevesenet. Bortsett fra et tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepssatte og personer med odontofobi (TOO) finnes det ikke spesialiserte nasjonale tilbud til denne gruppen. Norsk organisering av rehabiliteringstilbudet for torturutsatte står i kontrast til de fleste andre land i Europa (se Dahl 2010 og kapittel 5 i denne rapporten). I praksis betyr dette at torturutsattes tilgang til rehabilitering ved henvendelse til helsevesenet står på lik linje som ved andre helserelaterte problemer. Det innebærer at de som har rett til fastlege, må oppsøke fastlegen sin og eventuelt få en henvisning til spesialisthelsetjenesten derfra. Det betyr også at de må betale egenandel ved konsultasjon, behandling og undersøkelser. I en undersøkelse blant 966 norske leger rapporterte 29 prosent at de likte «under middels godt» eller «dårlig» å arbeide med pasienter med flyktningbakgrunn (Varvin og Aasland 2009, s. 1489). I tillegg hadde 51 prosent dårlige erfaringer med å henvise til psykiatrien. Andre undersøkelser understøtter mangelen på samarbeidspartnere og støtte fra spesialisthelsetjenesten for pasienter med fluktbakgrunn i det norske helsevesenet (Grut, Tingvold og Hauff 2006; RVTS Vest 2014) og kunnskap om hvor man kan oppsøke kompetanse og råd (Varvin og Aasland 2009).

Det har lenge vært uttrykt bekymring blant eksperter og helsepersonell om at det er store mangler i rehabiliteringstilbudet for torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge (Dahl 2010; Dyresen 2017; Halvorsen 2012; Halvorsen 2016; Jakobsen 2015; Lie, Sveaass og Hauff 2014; Norsk psykiatrisk forening 2014; RVTS 2014; Sveaass 2013; Varvin 2015; Varvin og Aasland 2009). I *Evaluering av Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017* anbefaler Helsedirektoratet (2018, s. 19) «at det etableres regionale utrednings- og behandlingssentre for torturofre og at det etableres et nasjonalt spesialisert klinisk tilbud, som også kan drifte et nasjonalt nettverk for de kliniske miljøene». Norsk psykiatrisk forening (2014, s. 35) har sammen med Den norske legeforening også etterlyst «et høyspesialisert behandlingstilbud [for torturerte] innen spesialisthelsetjenesten for de mest kompliserte og traumatiserte tilfellene».

Tortur representerer en spesifikk tematikk, men rehabiliteringstilbudet for torturutsatte med fluktbakgrunn påvirkes ikke bare av kompetanse om torturskader. Det påvirkes av kompetanse om flyktninghelse og tvungen migrasjon og av utfordringer som innvandrere generelt kan oppleve i møte med helsevesenet. Det handler også om helsekompetanse hos den torturutsatte.

I 2014 organiserte RVTS *Nasjonal konferanse om tortur: Fra offer til overlever. Utredning, dokumentasjon, behandling* med påfølgende workshop. I den anledning sammenfattet de rapporten *Status for oppfølging av torturoverlevende i Norge i 2014: Oversikt over tjenesteapparatets arbeid og forslag til tiltak i henhold til FNs Torturkonvensjon*. De påpekte flere mangler og fremhevet særlige behov i behandlings- og rehabiliteringstilbudet for gruppen, blant annet knyttet til koordinering og tverrfaglig samarbeid, kompetansenettverk, traumebehandling, samarbeid med smerteklinikker, kompetanse- og kunnskapsheving om hva som utgjør god behandling og rehabilitering etter tortur, kompensasjon for utredning, dokumentasjon og behandling og økt kompetanse i bruk av tolk (RVTS 2014).

Tortur er spesifisert som et eget punkt i Helsedirektoratets tilskuddsbrev til RVTS. Dette punktet fikk vi tilsendt på e-post:²⁸

RVTSene skal ha kompetanse om de helsemessige følgene av tortur, tilgjengelig metodikk for identifisering, utredning, oppfølging og behandling. Sentrene skal samarbeide med andre spisskompetansemiljøer på området. RVTSene skal gi veiledning og kompetanseheving om avdekking og oppfølging av torturofre, og opprettholde et samarbeid med odontologiske kompetansesentre.

Vi henvendte oss til RVTSene i forbindelse med kartleggingen. Fagpersonene vi var i kontakt med beskrev en større bevissthet både innad i egen institusjon og noe utad etter RVTS konferansen om tortur i 2014 og påpekte noen flere ressurser²⁹ – som e-læringskurset *Stø Kurs* utviklet av RVTS Nord, der tortur tematiseres,³⁰ og *Traumebehandling i vest* ved RVTS Vest.³¹ Samtidig finner Helsedirektoratet (2017b, s. 3) at «tilbudet til traumatiserte asylsøkere og flyktninger, herunder krigs- og torturskadede [... ikke har] endret seg av betydning siden 2015». Helsedirektoratet (2015c) påpekte da at «RVTSenes flyktningehelseteam har for begrenset kapasitet til å kunne understøtte de ordinære tjenestene i godt nok omfang.»

Tortur representerer en spesifikk tematikk, men rehabiliteringstilbudet for torturutsatte med fluktbakgrunn påvirkes ikke bare av kompetanse om torturskader. Det påvirkes av kompetanse om flyktninghelse og tvungen migrasjon og av utfordringer som innvandrere generelt kan oppleve i møte med helsevesenet. Det handler også om helsekompetanse (*health literacy*) (Helse- og omsorgsdepartementet 2019)³² hos den torturerte. Dette kan representere en stor utfordring, for som Helsedirektoratet (2018, s. 9) påpeker: «Mange innvandrere har ikke kjennskap til hvordan og hvor man søker hjelp, hva man blir henvist til, og hvem som kan henvise, og ikke minst, hva det er mulig å få hjelp til.» Mange traumatiserte flyktninger oppsøker ikke den hjelpen de trenger (RVTS 2014; Varvin 2003). De psykiske konsekvensene etter tortur kan også ha en innvirkning på hjelpesøksatferden og påvirke evnen til å gjennomføre behandling (Høyvik og Woldstad 2018).

Både nasjonale strategier og evalueringer vitner om en bevissthet om at det kreves solid kunnskap og særlig kompetanse i helsetjenestetilbudet for personer med fluktbakgrunn, og at det er behov for å sikre et likeverdig tilbud til innvandringsbefolkningen generelt (Helsedirektoratet 2018; Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Flere undersøkelser viser at helsepersonell vurderer manglende kompetanse på områder som innebærer gruppen torturutsatte (Grut, Tingvold og Hauff 2006; Helsedirektoratet 2018; RVTS Vest 2014). I en undersøkelse med 227 fastleger fra 2009 rapporterte bare 20 prosent at de opplevde egen kompetanse på flyktninghelse som god, mens 28 prosent opplevde den som lav (Varvin og Aasland 2009). I sin undersøkelse om kulturell kompetanse blant sykepleiere ved en medisinsk og en psykiatrisk klinikk i Oslo fant Alpers og Hanssen (2014) at halvparten av dem opplevde egen kulturell kompetanse som utilstrekkelig for å gi god omsorg og pleie.

I en spørreundersøkelse blant 54 fastleger i Region Vest fant RVTS Vest (2014) at flest ønsket kompetanseheving om temaet tortur i form av kurs etterfulgt av veiledning og selvstudium. I sin gjennomgang viser RVTS (2014) at det vanligvis er vanskelig å nå fastleger med frivillige tilbud. Helsedirektoratet (2018, s. 15) understøtter en slik vurdering blant helsepersonell generelt når de anbefaler at «[d]et

bør videreutvikles obligatoriske kurs om migrasjon og helse, på bakgrunn av NAKMIs [nå Enhet for Migrasjonshelse, FHI] innføringskurs, rettet mot fastleger, psykologer, sykepleiere, helsesøstre, jordmødre etc.»

Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle

Rehabiliteringstilbudet for torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge påvirkes av utfordringer som innvandrere generelt kan oppleve i møte med helsevesenet. Norske myndigheter har et uttalt mål om likeverdige helse- og omsorgstjenester for alle (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Det vil si at personer med forskjellig bakgrunn skal få et like godt tilbud, og at tilbudet må tilpasses den enkelte. Flere aspekter kan påvirke det reelle helse- og omsorgstjenestetilbudet for innvandringsbefolkningen, og flere faktorer kan utgjøre barrierer. Noen eksempler på dette kan være kulturelle og sosiale forhold som påvirker forståelse for, tillit til og forventinger til helsevesenet, diagnostiske verktøy eller behandlingsmetoder som ikke er tilpasset forskjellige grupper, og manglende kulturkompetanse hos helsepersonell. Det kan også handle om språklige utfordringer og kommunikasjonsproblemer som følge av mangel på felles språk, eller misforståelser, underforbruk av tolk eller mangel på kvalifiserte tolker, fravær av oversatt informasjonsmateriale eller mangel på god tolkebruk blant helsepersonell. Det kan også handle om helsekompetanse og økonomi (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

I *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017* (ibid., s. 5) var målene som følger:

- Helsepersonell på alle nivåer skal ha kunnskap om ulike innvandrersgruppers sykdomsforekomst og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere en likeverdig helse- og omsorgstjeneste.
- Helsepersonell på alle nivåer skal tilrettelegge for god kommunikasjon med pasienter med ulik språklig bakgrunn. Dette forutsetter blant annet å ha oversikt over tolkebehov og benytte kvalifiserte tolker.
- Helse- og omsorgstjenestene skal ha tilgang til oppdatert kunnskap om innvandreres helse og bruk av helsetjenester og benytte denne kunnskapen til å utvikle tjenestene.

Den nasjonale strategien har vært viktig for å løfte feltet, men Helsedirektoratet (2018) påpeker mangel på ressurser og tiltak for å oppnå målene. Torturutsatte nevnes ikke spesielt i strategien, og hovedfokuset er på personer med lovlig opphold.

Flere aktører er viktige i det nasjonale arbeidet med likeverdige helse- og omsorgstjenester, som Fagråd for innvandrers helse (tidligere SOHEMI) og Norsk nettverk

for migrantvennlige sykehus (NONEMI). Fagråd for innvandrers helse er et rådgivende organ for Helsedirektoratet. NONEMI koordineres av Enhet for migrasjonshelse ved FHI og arbeider for at sykehus i Norge skal gi pasienter med innvandrerbakgrunn et likeverdig helsetilbud. Per november 2019 besto nettverket av 15 sykehus (FHI 2019).

Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente

Tilbudet for torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge påvirkes av kompetanse om flyktninghelse og tvungen migrasjon og helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. *Nasjonal veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente IS-1022* beskriver rettighetene til helsehjelp og helsetjenestetilbudet (Helsedirektoratet 2015a).³³ Helsedirektoratets anbefaling er at disse gruppene får tilbud om helseundersøkelse ved sykepleier eller lege i kommunen for kartlegging av psykisk og somatisk helse tre måneder etter ankomst. Det anbefales å bruke Helsedirektoratets (2017a) kartleggingsskjema, *Helseundersøkelse for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente IS-1022*. Helsedirektoratet anbefaler også en innledende helsekartleggingssamtale i ankomstfasen, for tidlig identifisering av personer med oppfølgingsbehov.

I en spørreundersøkelse fra november 2017 til kommuner med asylmottak oppga 67 prosent at de brukte veilederen i stor grad, mens 31 prosent oppga at de brukte den i noen grad (Helsedirektoratet 2018). Videre oppga 88 prosent at de tilbød helsekartlegging til asylsøkere; 90 prosent tilbød det til flyktninger, og 83 prosent tilbød det til familiegjenforente. Tilbudet blir benyttet i stor grad. Likevel viser tilbakemeldinger at det er utfordrende å identifisere personer med oppfølgingsbehov, inkludert torturutsatte (ibid.).

Helsedirektoratet (2015a) anbefaler alle kommuner med asylsøkere eller flyktninger å opprette «flerfaglige flyktningehelseteam hvor også spesialisthelsetjenesten kan inngå». Det foreslås at slike tverrfaglige team kan bestå av «lege, psykolog, sykepleiere, helsesøster og personer med sosialfaglig og flerkulturell kompetanse» (ibid.). I noen kommuner ser man mer sammensatte team.³⁴ Kommunene står fritt til å opprette slike team. Det varierer også hvor lenge målgruppen har tilgang til et eventuelt flyktningehelseteam. Det kan for eksempel begrenses til deltagelse i introduksjonsprogrammet for nyankomne flyktninger.³⁵

I tråd med at det er kommet færre asylsøkere til Norge de siste årene har tjenester knyttet til gruppen blitt nedbemannet, og noen kommuner har valgt et bredere migrasjonsfokus for teamene. I denne rapporten refererer vi til begge

varianter som «flyktningehelseteam».³⁶ Det finnes et nasjonalt nettverk, Nettverk for innvandrers helse i kommunene, med 26 kommuner som koordineres av Enhet for migrasjonshelse ved FHI (FHI 2019).

Fokus på torturutsatte i IS-1022: Nasjonal veileder og helseundersøkelse

Nasjonal veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente IS-1022 har en egen del om traumatiserte, torturerte og krigsskadede (punkt 7.2). Denne er veldig tydelig på hva som forventes av helsepersonell som jobber med gruppen:

Istanbulprotokollen [...] angir retningslinjer for arbeid med utredning og dokumentasjon av tortur, og konsekvensene av tortur. Dokumentasjonen er et viktig grunnlag for helsemessig oppfølging, nødvendig behandling eller rehabilitering. Helsepersonell skal kjenne til symptomer på tortur, diagnostikk, behandling og oppfølging i tråd med protokollen.

Som vist i kapittel 2 anbefaler torturkomiteen at Istanbul-protokollen brukes for å sikre rehabilitering til torturutsatte nasjonalt. RVTS er den aktøren som har det overordnede ansvaret for å tilby kompetanseheving og veiledning om temaet, da det inngår i deres tilskuddsbrev fra Helsedirektoratet. I sin gjennomgang peker RVTS (2014) på fokus på traumer og traumebehandling i sine kurs, men fremhever at ikke alle kursene omhandler tortur. Vår dialog med RVTS tyder også på at det er forskjellig fokus og kompetanse på temaet ved de ulike sentrene. I tillegg kan man se at opplæring om tortur, torturskader og behandling er svært mangelfull ved norske profesjonsstudier i medisin, psykologi og rettsvitenskap, grunnutdanning i sykepleie og bachelor i politi (se *Tortur som tema i relevante høyere utdanninger*). Det er derfor usikkerhet rundt hvordan kompetansen som fremheves i den nasjonale veilederen blir sikret og ivarettatt i tjenesteapparatet. Våre informanter peker på generelle henvendelser om «kunnskap om flyktninger generelt, fysiske og psykiske vansker, traumeproblematikk [og] behandlings-spørsmål på traumeproblematikk», og at man tilnærmer seg dette ved å «legge inn» tortur. Kunnskap om tortur blir derfor som regel del av en større pakke.

Helsedirektoratets (2017a) kartleggingsskjema *Helseundersøkelse for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente IS-1022*, som anbefales brukt i kartlegging av asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente sin fysiske og psykiske helse, inneholder direkte spørsmål om torturerfaringer: *Har du vært vitne til tortur? Har du vært utsatt for tortur?* Kartleggingen muliggjør også en indirekte inngang ved hjelp av spørsmål som: *Har du problemer med syn eller hørsel? Har du plager fra tennene eller i munnen?* Helsedirektoratet (2010) påpeker at undersøkelse av munnhule, ansikt og kjeve bør inngå som en naturlig del når tortur blir identifisert.

Tilrettelagt tannhelsetilbud (TOO)

Det er vanlig at tortur rettes mot ansiktet (Bimer 1998), og det er rimelig å anta at mange torturerte har opplevd tortur som involverer munnen og tennene. I sin studie fant Høyvik, Lie og Willumsen (2019) at blant torturutsatte deltagere (47 prosent av 173 personer) hadde 62 prosent opplevd tortur mot ansiktet, 35 prosent hadde opplevd tortur mot munnen, og 23 prosent hadde opplevd tortur mot tennene. Rehabilitering av tannhelse er en viktig del av det totale rehabiliteringstilbudet for mennesker utsatt for tortur.

Helsedirektoratet (2010) vurderte at det er store utfordringer knyttet til torturutsattes mulighet til å benytte seg av tannhelsetilbud av sosiale, økonomiske og helsemessige årsaker. I tillegg ble torturutsatte vurdert til å ha større behandlingsbehov på grunn av direkte og indirekte følger av tortur. Blant flyktninger med torturerfaringer er risikoen for odontofobi seks ganger høyere enn blant flyktninger som ikke har vært torturert (Høyvik, Lie og Willumsen 2019). Blant de som i tillegg har symptomer på PTSD er den mer enn ni ganger høyere.

TOO er et offentlig tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi). Ved etableringen av TOO ble det opprettet team ved de regionale odontologiske kompetansesentrene, tverrfaglig behandlerteam og tannbehandlerteam. Det ble bevilget ytterligere midler til TOO i 2019 for videreføring av prosjektet (Helsedirektoratet 2019).³⁷

Første skritt i TOO-behandlingen er at man blir utredet av psykolog, og at man blir identifisert som tortur- eller overgrepsutsatt eller blir diagnostisert med odontofobi (Helsedirektoratet 2010). Identifiseringen skjer under første møte med psykolog. Dette kan representere en utfordring (se kapittel 4). Tilbudet gjelder i utgangspunktet bare personer med oppholdstillatelse.³⁸

TOO er det eneste spesialiserte helsetilbudet for torturutsatte i Norge. Selv om TOO er et nasjonalt tilbud, organiseres det av fylkeskommunen, noe som gjør at tilbudet i praksis varierer fra sted til sted.³⁹ Dessuten utgjør personer med torturerfaringer bare en liten andel av pasientpopulasjon. Torturutsatte utgjør cirka to prosent av alle pasientene som behandles i TOO: for 2016 var dette 22 pasienter, i 2017 besto pasientgruppen av 18 personer, og i 2018 var de 21 pasienter (se kapittel 4).⁴⁰ TOO omfatter ikke asylsøkere.

Helse i frivillig sektor

Personer uten lovlig opphold opplever utfordringer med tilgang til helsehjelp. For å møte denne gruppens behov for helsehjelp har Kirkens Bymisjon og Røde

Kors opprettet egne Helsesentre for papirløse migranter i Oslo (2009) og i Bergen (2013). Helsesentrene består av noen få ansatte og profesjonsfrivillige (helsepersonell og miljøterapeuter). Det finnes også et Nettverk for innvandrers helse i frivillig sektor med 27 organisasjoner som koordineres av Enhet for migrasjonshelse ved FHI (FHI 2019).

MULIGHETER FOR IDENTIFISERING OG UTREDNING

Identifisering og utredning av torturskader er en sentral problemstilling i diskusjonen om behandlings- og rehabiliteringstilbud for torturutsatte. I sin studie om traumatiserte flyktninger fant Varvin (under publisering) en gjennomsnittlig brukstid for identifisering og oppstart av behandling på elleve år etter ankomst til Norge.

Som beskrevet i kapittel 2 har EU jobbet for å harmonisere arbeidet med å identifisere særlig utsatte asylsøkere, deriblant torturutsatte, gjennom mottaksdirektivet. Det finnes ikke noe rapporteringssystem for torturskader i Norge (Brekke og Vevstad 2007; Brekke, Vevstad og Sveaass 2010).⁴¹ Til tross for en mangel på et nasjonalt rapporteringssystem finnes det lokale initiativ til systematisk kartlegging av gruppen. Det pågår et samarbeidsprosjekt i Trondheim kommune mellom RVTS Midt og Flyktningehelseteamet på bedring av rutiner for kartlegging av torturskader og undersøkelser av tortur hos flyktninger og asylsøkere, både voksne og barn.⁴² I perioden 2015 til 2017 førte også Helsesenteret for papirløse migranter statistikk over pasienter utsatt for tortur som del av prosjektet *European network to reduce vulnerabilities in health*, ledet av *Médecins du Monde*.⁴³

Hvem er viktige i identifiseringsarbeidet?

Tidligere forskning peker på mange muligheter til å identifisere sårbarhet og spesielle behov, men viser at det likevel ofte ikke skjer (Brekke, Sveaass og Vevstad 2010). Identifisering utfordres på systemnivå på grunn av manglende retningslinjer for hvordan, hvem og hvilke følger identifisering skal få, og om hvorvidt det skal gjennomføres screening (Sveaass og Lie [under publisering]).⁴⁴ I tillegg er visse former for tortur lettere å identifisere enn andre. Tortur som ikke etterlater synlige spor er vanskeligere å identifisere enn fysiske skader, og det kan være vanskelig å se ulike symptomer i sammenheng.

Fengsling under umenneskelige forhold over tid kan gi fysiske og psykiske vansker som ved første øyekast kan være vanskelige å sette i sammenheng med tortur. Dette kan eksempelvis være relatert til å ha

gjennomgått underernæring eller feilernæring, sansedeprivasjon, manglende mulighet til personlig hygiene, eller å bli tvunget til å innta bestemte positurer over tid (Høyvik og Woldstad 2018, s. 253).

Det er flere møtepunkter gjennom asylprosessen og ved bosetting mellom tjenesteapparatet på den ene siden og asylsøkere og flyktninger på den andre. Derfor finnes det flere muligheter for å fange opp torturerfaringer, både i formelle og uformelle møter (Brekke, Sveaass og Vevstad 2010; Jakobsen et al. 2007; NOU 2011:10). Flere forskjellige aktører kan motta informasjon om eller oppdage torturerfaringer, og dermed er det også flere aktører som blir viktige når torturskader skal identifiseres og utredes. Muligheten til å følge personer over tid og observere dem i det daglige kan være viktig, siden det kan være vanskelig å sette ord på det som har skjedd, og på symptomene som følger av det (OHCHR 2004, s. 34), selv om man opplever konsekvensene.

Mye av det som huskes er organisert i kroppens sanseapparat (hørsel, lukt, syn), i bevegelser i de indre organene (forandringer i det vegetative nervesystemet som kan gi hjertebank, sammentrekning i tarmer, urinveier mv.), etc. De traumatiske minnene vil derfor ofte være organisert i kroppen som for eksempel smerter, som minner om lukter, lyder og lignende. Disse minnene kan det ta lang tid å få koblet til den verbale autobiografiske hukommelsen slik at det blir mulig å snakke om og bearbeide dem (Varvin 2003, s. 111).

Det er derfor også viktig å legge merke til den nonverbale kommunikasjonen. Quiroga og Jaranson (2005, s. 33) påpeker at «[m]ange overlevende søker først hjelp fra en allmennmedisinsk klinikk» og at «de fleste torturofre [...] ikke melder] fra på eget initiativ om egen traumehistorie når [de] søker legehjelp» (s. 11).⁴⁵

Tuberkuloseundersøkelse og kartlegging

I Norge er det lovpålagt tuberkuloseundersøkelse for «alle asylsøkere og flyktninger, og andre nyankomme som kommer fra land med høy forekomst» så snart som mulig og med absolutt frist innen to uker etter ankomst (Helsedirektoratet 2015a).⁴⁶ Fordi tuberkuloseundersøkelse kan innebære røntgen, kan det representere en mulighet for å identifisere fysiske torturskader.⁴⁷ Dette krever at helsepersonell som gjennomfører undersøkelsen er oppmerksomme og vet hva de skal se etter. I tillegg krever det at de tar opp temaet, og at pasienten ønsker videre oppfølging.

For voksne og medfølgende barn som enten er asylsøkere eller overføringsflyktninger, gjennomføres tuberkuloseundersøkelsen ved Ankomstsenteret på Råde i Østfold. Mellom september og november 2018 hadde Ankomstsenteret et

åtteukers pilotprosjekt hvor alle asylsøkere over 16 år ble tilbudt en fysisk og psykisk kartleggingssamtale. 69 samtaler ble gjennomført (Kommunehelsetjenesten Ankomstsenter Østfold 2018b). Bakgrunnen for prosjektet var mangel på rutinemessig innkalling til helseundersøkelse blant nyankomme. Oppfølgingsbehov ble identifisert i 43 prosent av samtalene. Ankomstsenteret hadde også en pilotering for overføringsflyktninger i november 2018 der det ble gjennomført 24 samtaler (Kommunehelsetjenesten Ankomstsenter Østfold 2018a). I 2013 til 2014 ble det også gjennomført et pilotprosjekt om tidlig identifisering av sårbarhet og oppfølging i ankomsttransitt ved Refstad transittmottak som inkluderte samtaler med 35 asylsøkere (Lie et al. 2015).⁴⁸

Like viktig som å identifisere mennesker som har vært utsatt for tortur er det å følge dem opp med tilbud etterpå. I undersøkelsene ved Ankomstsenteret i Østfold uttrykte deltagerne bekymring om hvorvidt oppfølgingsbehov blir ivare tatt når beboeren flyttes. Trass i velvillighet og interesse blant helsepersonell opplever man at helsebehov ikke blir fulgt opp i asylfasen, og at asylsøkere ofte må begynne på nytt ved flytting (Brekke, Sveaass og Vevstad 2010). Det kan også være en forventning at man vil få nødvendig oppfølging ved bosetting.

Asylintervjuet

Det er viktig å identifisere og dokumentere tortur på et tidlig tidspunkt (Sveaass og Lie [under publisering]). Asylintervjuet representerer ifølge Brekke, Sveaass og Vevstad (2010) en institusjonalisert og viktig, men uutnyttet mulighet for identifisering av torturutsatte. RVTS (2014) påpeker også at oppfølging av informasjon som kommer fram i asylintervjuet, er et område med mangler i utrednings- og dokumentasjonstilbudet for torturutsatte i Norge. Dette var en bekymring som flere av våre informanter deler (se kapittel 4). Det å ha blitt torturert kan være med på å gi grunnlag for innvilgelse av beskyttelse og oppholdstillatelse.⁴⁹ Imidlertid er det ikke gitt at torturerfaringene fanges opp eller identifiseres i asylprosessen. Det kan være med på å føre til at torturutsatte som ville fått opphold, får endelig avslag. I verste fall kan det for enkelte bety at man blir returnert til et hjemland hvor man risikerer ny tortur, hvilket vil være et brudd på EMK artikkel 3 (prinsippet om *non-refoulement*).

Brekke, Sveaass og Vevstad (2010, s. 86) anbefaler følgende i sin gjennomgang av identifisering og håndtering av sårbare asylsøkere med tanke på torturutsatte:

Sikre dokumentasjon av tortur

Følge opp intensjonene om styrket fokus på ulike former for sårbarhet, i særdeleshet for tortur og torturskader, slik dette er pekt på i Helse- og sosialdirektoratets veileder (2010), med vekt på dokumentasjon,

utredning og oppfølging (se norske anbefalinger, UD 2009). Slik dokumentasjon og utredning om tortur, og andre former for sårbarhet er viktig for å kunne belyse en sak i sin helhet. En forutsetning for å skaffe slik medisinsk/helsemessig dokumentasjon er at medisinsk og psykologisk spesialkompetanse for gjennomføring av slike utredninger [er] tilgjengelig og at det foreligger ordninger både for iverksettelse og økonomisk dekning av dette.

Utlendingsdirektoratet (UDI) har per dags dato ikke retningslinjer for oppfølging av personer som har vært utsatt for tortur. Ved e-postkontakt med UDI fikk vi følgende tilbakemelding:⁵⁰

Asylavdelingen har vurdert om gjennomføringen av intervjuer i søknader om beskyttelse er i tråd med anbefalingene i Istanbul-protokollen. Vi mener at våre krav til kvalitet for gjennomføring av intervjuer langt på vei er sammenfallende med Istanbul-protokollens anbefalinger for gjennomføring av samtaler med personer som har vært utsatt for tortur.

Manglende retningslinjer for hvordan torturutsatte skal følges opp gjelder ikke bare i UDI, men er en generell utfordring i tjenesteapparatet.

Utredning og dokumentasjon

Utredning og dokumentasjon av torturskader er grunnleggende både når det gjelder overholdelse av torturforbudet og retten til og omfanget av rehabilitering. Utredningen er en essensiell forutsetning for å kunne iverksette behandling og rehabilitering (Lie og Sveaass 2016; Sveaas og Lie [under publisering]). Videre er det viktig for å avdekke falske tilståelser, forstå regionale torturpraksiser og straffeforfølge torturutøvere og som vitneutsagn i menneskerettsetterforskning (OHCHR 2004). RVTS (2014, ss. 4–8) peker på syv områder med mangler i utrednings- og dokumentasjonstilbudet for torturutsatte i Norge:

- Oppfølging av informasjon som kommer fram i asylintervjuet.
- Koordineringsansvar for utrednings- og dokumentasjonsprosessen.
- Ansvarstildeling fra myndighetenes side.
- Takster og system som gir produksjonstall for å skrive helseerklæringer i utlendingssaker (inkludert erklæringer som dokumenterer torturskader).⁵¹
- Kjennskap til behovet for dokumentasjon av torturskader i asylsaker.

- Dokumentasjon/utredning (og behandling) fra spesialisthelsetjenesten grunnet lange ventelister.
- Rett til helsehjelp.

Helsedirektoratet (2017b, s. 3) stadfester også at «[...]et gjenstår fortsatt en god del med hensyn til kompetanseheving og implementering av rutiner for utredning av torturskader.»⁵² Tilbudet for torturutsatte er dermed fragmentert og personavhengig i alle ledd (se mer om dette i kapittel 4).⁵³

Istanbul-protokollen representerer den internasjonale minstestandarden for å utrede og dokumentere tortur og annen umenneskelig behandling. I tillegg kan følgende verktøy nevnes: *Psychological evidence of torture: A Practical Guide to the Istanbul Protocol – for Psychologists* (Human Rights Foundation of Turkey 2004); *Medical physical examination of alleged torture victims: A Practical Guide to the Istanbul Protocol* (IRCT 2004); og *Atlas of torture: Use of medical and diagnostic examination results in medical assessment of torture* (Özkalipci et al. 2010).

Vår kartlegging viser til en manglende systematisk implementering av Istanbul-protokollen og et fravær av fagfolk man kan henvise til for å ivareta dokumentasjonsoppgaven.⁵⁴ Det finnes heller ingen norsk utgave eller oppsummering av Istanbul-protokollen. Dokumentasjon i tråd med protokollen var institusjonalisert ved kun to etater vi var i kontakt med. Ved to andre etater hvor dokumentasjon også ble gjort i tråd med protokollen, var dette et resultat av at ansatte hadde tatt egne initiativer. I slike omstendigheter kan mangel på rom, eventuelt utstyr og tid,⁵⁵ skape utfordringer som fører til provisoriske løsninger. Det kan være umulig å dokumentere torturskader innenfor eksisterende rammer. Ved dokumentasjon er det viktig at man ikke bruker et komplisert medisinsk språk (OHCHR 2004).

BEHANDLINGS- OG REHABILITERINGSKONTEKSTEN

Hvilke konsekvenser torturskader resulterer i, påvirkes av behandlings- og rehabiliteringskonteksten. Behandling av torturskader vil gjerne kreve fysisk, psykologisk, sosial, velferdsmessig og juridisk rehabilitering (Patel, Kellenzi og Williams 2014). Det er derfor behov for en helhetlig tilnærming som tar høyde for de forskjellige aspektene av behandlingen og den torturutsattes helhetlige situasjon, inkludert familien (Varvin [under publisering]). Det nødvendige tilbudet spenner således over flere fagfelt og inkluderer forskjellige forvaltninger.

Rehabilitering av torturskader krever en tverrfaglig tilnærming. Dette er fordi «følgene av tortur er akutte og kroniske, og kan omfatte fysiske, psykologiske, kognitive og sosiopolitiske problemer» (Quiroga og Jaranson 2005, s. 44). Innholdet i et behandlings- og rehabiliteringsløp avhenger av hvilke plager og skader som presenteres. Det handler også om primærbehandlers kunnskap og deltakelse i «hvor fullstendig» rehabiliteringstilbudet skal være. I utformingene av tilbud er det viktig å huske på at tanker om livskvalitet, symptomer og sosiale ferdigheter kan variere mellom tjenesteyter og tjenestemottager (Jaranson og Quiroga 2011).

Hvilket tilbud, og hvem er det tilgjengelig for?

Torturutsatte skal benytte det ordinære helsetjenestetilbudet med unntak for tilbud gjennom TOO. Vår kartlegging viser likevel at det finnes ytterligere regionale og lokale spesialtilpassede helsetjenestetilbud for gruppen. I noen regioner og kommuner er det spesialiserte sentre og fagpersoner som jobber med personer med fluktbakgrunn generelt, men også med identifisering, utredning og rehabilitering av torturskader spesielt. Noen enheter og etater har kommet frem til lokale løsninger. På landsbasis er det derfor store forskjeller i det reelle tilbudet og hvem det er tilgjengelig for. Uavhengig av oppholdsstatus er det betydelige utfordringer i tilgjengeligheten av rehabiliteringstilbud for torturutsatte. Dette kan ytterligere kompliseres av faktorer knyttet til oppholdsgrunnlag, økonomi og organisering. Oppholdsgrunnlag, og spesielt asylsøkerstatus, virker som et større hinder noen steder og i møte med noen etater. Helseutgifter og transport kan også representere en økonomisk belastning for pasienten og kan føre til at man venter med behandling (Helsedirektoratet 2018). Hvorvidt tilbudet er helt gratis eller fritatt for egenandel fører også til forskjeller. Hvem som kan henvise, spiller også inn på tilbudenes tilgjengelighet (om man kan henvise seg selv, om primærhelsetjenesten kan henvise, eller om bare spesialisthelsetjenesten kan henvise). En annen forskjell er i de tilfellene der helsepersonell bruker tortur som en egen kategori ved henvisning, altså tortur som henvisningsgrunnlag for rett til behandling. Vi fikk kjennskap til slik praksis ved et par behandlingssteder der de hadde laget lokale skriv med konkret henvisning til lovverk.

I arbeidet med rapporten fant vi ikke noen lokale, regionale eller nasjonale oversikter over nettverk, fagråd og behandlingsmiljø med kompetanse på flyktninghelse generelt og torturskader spesielt. Dette er et funn i seg selv. Manglende oversikt førte til at vi forsøkte å sammenfatte en slik liste, noe som viste seg å være krevende. Oversikten under viser de miljøene vi har greid å identifisere, og inkluderer aktører/miljøer som består av flere enn én person.⁵⁶ Det er sannsynlig at oversikten er ufullstendig, og at andre miljøer og nettverk kunne vært med. Nettverkene, fagrådene og behandlingsmiljøene er delt inn alfabetisk etter nivå.

TABELL 1: Oversikt over nasjonale, regionale og lokale nettverk, fagråd, og behandlingsmiljøer med kompetanse på flyktninger, i noen tilfeller inkludert torturutsatte.

NASJONALT	REGIONALT	LOKALT
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)	Flyktningteamet ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Sjøvegan, Universitetssykehuset Nord-Norge	Faggruppe for migrasjonshelse i Helseetaten, Oslo kommune
Enhet for migrasjonshelse, Folkehelseinstituttet (FHI)	Patologisk anatomisk avdeling / klinisk patologi, Universitetssykehuset Nord-Norge	Fagnettverk for migrasjonshelse (ledet av Helseetaten), Oslo kommune
Faggruppe for migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie (MIGRAHEL)	Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Nord, Midt, Vest, Øst, Sør	Faggruppe for pasienter med psykisk lidelse og minoritetsbakgrunn (PPM), Søndre Oslo DPS, Oslo Universitetssykehus
Helsedirektoratets fagråd for innvandrerehelse	Tilrettelagt tannhelsetilbud – TOO (regionale odontologiske kompetansesentre, tverrfaglig behandler-team og tannbehandler-team)	Flerkulturell ressursgruppe, Klinikk for Psykisk Helsevern, Lovisenberg Diakonale Sykehus
Forening for interkulturell psykologi (FIP), Norsk Psykologforening	Transkulturelt senter, Stavanger Universitetssykehus	Flyktninghelseteamet, Trondheim kommune
Menneskerettighetsutvalget (MRU): Norsk Psykologforening, Norsk legeforening, Advokatforeningen	Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer, Sørlandet Sykehus	Groruddalen DPS, Akershus Universitetssykehus
Nettverk for innvandrerehelse i frivillig sektor (NIFS)		Helsesentre for papirløse migranter, Bergen og Oslo (Kirkens Bymisjon og Røde Kors)
Nettverk for innvandrerehelse i kommunene (NIK)		Klinikk for flyktninghelse, traumer og tortur (RVTS Midt)
Norsk nettverk for migrantvennlige sykehus (NONEMI)		Klinikk RVTS Nord, Universitetssykehuset Nord-Norge
Utvalg for transkulturell psykiatri og global mental helse, Norsk psykiatrisk forening		Integrering og Mangfold, Nesodden kommune ⁵⁷
Nasjonalt forskernettverk for migrasjon og helse (NFMH)		Ressurscenter for migrasjonshelse, Ullensaker kommune
		Senter for migrasjonshelse, Bergen kommune
		Storby og Flyktningeteam (SOFT), Lovisenberg DPS

Fare for retraumatisering

En undersøkelse blant leger viser at de ofte ikke vet om pasientene er traumatisert eller ei (Varvin og Aasland 2009). Selv om behandler har en traumebevisst eller traumesensitiv tilnærming, kan helsepersonell assosieres med en tortursituasjon både som torturister (Bimer 1998) og som de som passer på at torturen kan fortsette ved at den utsatte ikke tortureres til døde (Høyvik og Woldstad 2018). Tillit til helsepersonell og helsevesenet kan derfor være en stor utfordring. Behandling og medisinske undersøkelser kan være svært utfordrende; det kan føre til flashbacks og virke retraumatiserende (Høyvik, Lie og Willumsen 2019, Høyvik og Woldstad 2018, Lie og Skjeie 1996; Quiroga og Jaranson 2005). For en person som har vært utsatt for «våt *submarino*», som innebærer «[t]vangsmessig nedsenking av hodet i vann, ofte forurenset med urin, avføring, oppkast eller andre urenheter» (OHCHR 2004, s. 41), og/eller lys- og lydtortur, kan det for eksempel være en enorm påkjenning å motta tannbehandling og sitte i en tannlegestol med mye lys, lyd, og få kvelningsfølelser (Bimer 1998). Gjenfortelling kan også føre til gjenopplevelse (OHCHR 2004).

Det vil kunne forekomme triggere i møte med helsepersonell og andre, i et behandlingsforløp og i hverdagen. Triggere kan være ytre faktorer: lyder, lukter eller gjenstander som minner om torturen. Det kan også knyttes til følelser eller følelser (Høyvik og Woldstad 2018). Total mangel på kontroll kan representere en trigger. Kontroll er fraværende under tortur, og det er derfor svært viktig i et behandlingsforløp (ibid.). Det er viktig å forklare overfor pasienten både hva som skal gjøres, og hva dette innebærer (OHCHR 2004). Venting (på et kontor) kan for eksempel også minne den utsatte om tortursituasjonen (Quiroga og Jaranson 2005). For dem dette gjelder, kan noe så enkelt som å bli orientert om eventuelle forsinkelser være med å forebygge slike triggere (Bimer 1998). Helsepersonell kan ikke forvente at torturutsatte sier ifra om eventuelle behov; de kan heller ikke forvente svar som hjelper dem å ivareta pasienten dersom de spør, selv om det er svært viktig nettopp at man spør. Formidling av informasjon om torturskader kan vanskeliggjøres på grunn av mangel på trygghet og tillit (se kapittel 4). I tillegg kan redsel/frykt/angst komme plutselig og uten forvarsel. Den som har opplevd tortur kan være takknemlig for å motta hjelp, men ubevisst på egne triggere. Høyvik og Woldstad (2018) beskriver for eksempel i sin pensumtekst for tannlegestudiet en voksen mann som meldte fra om at tannbehandling ikke var et problem, men som så besvimte når lyset ble skrudd på og tannlegen nærmet seg med et tannlegespeil.

Et kulturelt kompetent helsevesen

Et kulturelt kompetent helsevesen er viktig i møte med torturutsatte med flukt-bakgrunn (Quiroga og Jaranson 2005). Kulturkompetanse kan «beskrives som en syntese av kulturell bevissthet, kulturelle kunnskaper og kulturelle ferdigheter» (Alpers 2017, s. 19). Helsepersonell har ikke nødvendigvis kjennskap til andre forståelser av helse/uhelse enn den biomedisinske (Alpers og Hanssen 2014). Slik kjennskap kan være viktig i møte med pasienter fra andre kulturer.

Forskning viser at torturutsatte med kroniske smerter er underdiagnostisert og underbehandlet (Quiroga og Jaranson 2005). I sin litteraturgjennomgang peker Quiroga og Jaranson (2005, s. 35) på at «[k]ulturelle forskjeller finnes i viljen og behovet for detaljert tilbakekalling og erindring av torturopplevelsen». Både språk og kultur kan påvirke beskrivelser av tortur (Patel, Kellenzi og Williams 2014) og uttrykk for smerte (Alpers og Hanssen 2014; Høyvik og Woldstad 2018). Dette kan komplisere kommunikasjon og felles forståelse og gjøre det vanskelig for behandleren å vurdere smertenivået (Alpers 2017). Det er derfor viktig å ta høyde for den torturutsattes tro og kulturelle normer (OHCHR 2004). Kulturkompetanse er også viktig for å redusere effekten av retraumatisering (ibid.) og for etableringen av tillit generelt (Alpers 2016).

Familieperspektivet

Noen kommuner vi var i kontakt med hadde et spesielt fokus på foreldreveiledningskurs og familiesamtaler med tanke på torturutsatte.⁵⁸ Tortur påvirker ikke bare individet, det påvirker også eventuelle familiemedlemmer. Det handler også om å leve med symptomene i hverdagen, enten det er søvnvansker, mangel på selvregulering eller at intimsfæren mellom partnere blir ødelagt (Quiroga og Jaranson 2005, Varvin [under publisering]). Samtidig er familien den viktigste beskyttelsesfaktoren mot konsekvensene av traumatiske erfaringer (Varvin 2003). I en rehabiliteringssammenheng kan det være viktig å være oppmerksom på at mange personer lever transnasjonale liv på tvers av landegrenser. Migrasjon påvirker familien, posisjonering og kjønnsroller på måter som også kan påvirke i en rehabiliteringssammenheng.

Behovene til familiemedlemmer kan handle om behandling, men også veiledning i hvordan de skal forholde seg til den som har vært utsatt for tortur. Barn med foreldre med torturerfaringer påvirkes direkte og indirekte. Dette kan handle om «1) selve traumet; 2) konspirasjonen om fortieelse [*conspiracy of silence*] rundt dette traumet; og 3) tilpasningen til foreldrene etter traumet» (Quiroga og Jaranson 2005, s. 29). Det har vært lite fokus på barn som pårørende til torturutsatte i norsk rehabiliteringssammenheng (RVTS 2014).

TORTUR SOM TEMA I RELEVANTE HØYERE UTDANNINGER

I denne delen setter vi søkelys på tortur som tema i relevante høyere utdanninger. Vi gjennomgår de nasjonale retningslinjene for samtlige grunnutdanninger innen helse- og sosialfag (RETHOS) og konkrete tilbakemeldinger fra utdanningsinstitusjonene om innholdet i undervisningen når det gjelder dette temaet.

Nasjonale retningslinjer for utvalgte utdanninger

Kunnskapsdepartementet igangsatte høsten 2017 et utviklingsarbeid for å utarbeide retningslinjer (forskrifter) med minstekrav og sluttkompetansebeskrivelser for samtlige grunnutdanninger innen helse- og sosialfag (Kunnskapsdepartementet 2019a, u.å.). Den generelle rammeplanen omtaler ikke tortur, men ifølge institusjonene kan tortur bli inkludert (Kunnskapsdepartementet 2017, § 2, læringsutbytte 7):

Kandidaten har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. Kandidaten skal kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov.

Forskriften for sykepleieutdanningen ble kunngjort i april 2019 og gjelder fra og med studieåret 2020–2021 (Kunnskapsdepartementet 2019b). Her nevnes heller ikke tortur spesifikt. Nye studieplaner som tar utgangspunkt i forskriften var ikke ferdig utarbeidet da denne rapporten ble ferdigstilt, men enkelte institusjoner har opplyst at tematikk rundt tortur *kan* komme til å inngå i forbindelse med forskriftens § 6g:⁵⁹

Kandidaten har innsikt i sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kan identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer, samt kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre. Videre kan kandidaten samtale med barn om tema som omsorgssvikt, vold og overgrep.

Innen profesjonsstudiet i medisin nevnes tortur i Felles Kompetansemøduler (FKM) Læringsmål LIS 1-3 med nærmere beskrivelser av læringsmålene, anbefalte læringsaktiviteter og vurderingsmetoder (Spesialisthelsetjenesten 2018, del 1, kapittel 1.7 om lovverk under LM-44): «[Studenten skal] ha kunnskap om sentrale

bestemmelser som regulerer plikter og rettigheter for helsepersonell og pasienter», herunder punkt f: «Menneskerettighetsloven og European Convention for Prevention of Torture and Inhumane and Degrading Treatment and Punishment: særlig om tvangsbehandling» (s. 26).⁶⁰

Psykologiutdanningen omfattes også av RETHOS, og forskriften ble vedtatt i januar 2020 (Kunnskapsdepartementet 2020b). Tortur er ikke spesifikt nevnt, men vold, menneskerettigheter og traumer er tema som skal dekkes i utdanningene innenfor fagretningen. For eksempel § 16b:

[Kandidaten] har bred kunnskap om menneskerettighetene i helsefremmede arbeid, inkludert kunnskap om å motvirke marginalisering og å fremme medborgerskap og integrering gjennom utdanning, arbeid og på andre arenaer [og § 14f: Kandidaten] kan bruke relevante metoder for å identifisere mennesker med sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, mobbing, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer, og sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov (Kunnskapsdepartementet 2020a).⁶¹

Ut over nye forskrifter innen helse- og sosialutdanningene var også *Rammeplan for Bachelor – politiutdanningen* ny i 2019 (Politihøgskolen 2018). Rammeplanen er fastsatt av Beredskaps- og justisdepartementet og tredde i kraft i august 2019. Her er ikke tortur omtalt i beskrivelsen av læremålene for treårig bachelor i politi, men rammeplanens kapittel 3, del 1, punkt 3 fastslår at menneskerettigheter skal vektlegges.

For profesjonsstudier i Rettsvitenskap (femårig) finnes det per dags dato ingen nasjonale retningslinjer eller rammeplaner for fagretningen.

Dersom tortur ikke inngår som eget punkt, er det fare for at det ikke blir oppmerksomhet eller opplæring om tematikken.⁶²

TABELL 2: Oversikt over nasjonale retningslinjer og hvorvidt tortur inngår som tema.

Profesjonsstudier i medisin	Ja (for leger i spesialisering)
Profesjonsstudier i psykologi	Nei
Grunnutdanning sykepleie	Nei
Profesjonsstudier i rettsvitenskap	Nei (finnes ikke slike retningslinjer)
Politi (bachelor)	Nei

Seks utdanningsretninger

Profesjonsstudiet i medisin⁶³

Tilbakemeldingene fra universitetene som tilbyr profesjonsstudiet i medisin viser at undervisning om tortur som enkeltstående tema er en del av den obligatoriske undervisningen ved kun ett av fire læresteder. Den viser videre at bare to av fire læresteder tilbyr forelesninger som retter seg spesifikt mot opplæring om tortur. Disse utgjør én til to timer undervisning i løpet av et studieforløp.

Universitetet i Bergen (UiB) tilbyr én times obligatorisk undervisning om tortur og konsekvenser av tortur og i hvordan legen skal handle ved mistanke om at en pasient har vært utsatt for tortur. Det har tidligere vært tilbudt en to timers forelesning om temaet (2013–2017), men som resultat av endringer i studieplanen, der det fremgår at undervisningen generelt skal bestå av færre forelesninger, har omfanget blitt redusert.

Ved Universitetet i Tromsø (UiT) består undervisning om tortur av en to timers ikke-obligatorisk forelesning med tittel *Torturforståelse, utredning og behandling*, som holdes av en ekstern representant fra RVT Nord (siste to år). Det har vært undervist om tortur på sjettede studieår i medisin de siste 14 årene, og erfaringsmessig møter majoriteten av studentene til forelesningen.

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) tilbyr seks timer obligatorisk undervisning som tar for seg allmennlegers arbeid med mennesker som har vært utsatt for overgrep og traumer (siden 2007) og hvordan man gjenkjenner fysiske og psykiske ettervirkninger av traumer og vold, der tortur er ett av flere tema. Man lærer å være bevisst på muligheten for at en pasient kan ha vært utsatt for tortur i forbindelse med tilnærming og behandling, og når og hvor det kan være naturlig å spørre pasientene om de har slike erfaringer.

UiO tilbyr ikke direkte undervisning om tortur, men det undervises i flere obligatoriske emner som anses som overførbare til behandling og håndtering av mennesker med torturerfaringer, herunder emner som inkluderer traumebehandling og spesielle behov i flyktning- og innvandrerbefolkningen (inkludert de som skyldes traumer og brudd på menneskerettighetene), å drøfte rett til helsehjelp med utgangspunkt i etiske og juridiske begreper og rettighetsbegreper og å gjøre rede for hvordan rettsmedisinske metoder kan brukes i dokumentasjon av menneskerettighetsbrudd.

Profesjonsstudier i psykologi

Emnet tortur er ikke en del av det obligatoriske studieforløpet ved utdanningene, og det tilbys heller ikke annen undervisning som dekker temaet spesifikt. Ved UiO er ikke tortur et tema i undervisningen i profesjonsstudiet, men det er inkludert i bachelor- og masterprogrammene i psykologi. Tortur er heller ikke et eget tema i utdanningen ved UiT, men dekkes overordnet av undervisning om traumer og

traumebehandling. NTNU dekker ikke tortur spesifikt i det obligatoriske studieforløpet for fagretningen, og tortur og torturkonvensjonen dekkes heller ikke i annen undervisning. Vi har ikke lyktes å få konkluderende svar fra UiB, men foreløpige svar indikerer at tortur heller ikke her dekkes i den obligatoriske undervisningen for profesjonsstudiet i psykologi.

Sykepleie (treårig grunnutdanning)

Kun ett av de ti universitetene og høyskolene i denne kartleggingen inkluderer systematisk tortur som enkeltstående tema i den obligatoriske undervisningen i grunnutdanningen i sykepleie.⁶⁴ Det har vært undervist om tortur i grunnutdanningen i sykepleie ved Oslo Metropolitan University (OsloMet) siden 2014. Det er satt av totalt cirka ti timer til migrasjonshelse og tilgrensende felt i grunnutdanningen. Innenfor dette er det 45 minutter som direkte omtaler tortur. Dette omhandler ulike torturmetoder og helsekonsekvensene av tortur, og retraumatisering hos torturutsatte i somatisk helsetjeneste.

Flere av institusjonene gir tilbakemelding på at de anser arbeid med problematikken som for krevende for den brede grunnlagskompetansen sykepleiestudentene har etter fullført bachelorgrad, og heller bør tilbys som del av et videreutdanningsforløp. Det at tortur ikke nevnes i retningslinjenes læringsutbyttebeskrivelse, blir ansett som en mulig medvirkende årsak til at temaet ikke er inkludert.

TABELL 3: Innhold i sykepleieutdanningene ved andre institusjoner som *kan* omhandle tortur.

UiS	I emnet <i>Sykepleie i et samfunnsperspektiv</i> under temaet global helse vil kandidaten blant annet ha følgende læringsutbytte (UiS u.å.): «[...] kunnskap om globale helseutfordringer og hvordan disse angår sykepleie i et regionalt, nasjonalt og globalt perspektiv».
Høgskolen i Innlandet	Det undervises sporadisk om tortur som enkeltstående tema gjennom utvekslingssamarbeid med Sønderjydske Sygeplejerskole i Danmark. Ikke en integrert del av studieforløpet.
NTNU	Tortur tas opp i det ikke obligatoriske emnet <i>HSYK3001 – Global helse</i> i forelesningen <i>Psychosocial Work with Refugees and Asylum Seekers: Possibilities and Challenges</i> , som blant annet fokuserer på PTSD. Forelesningen har vært tilbudt de siste par årene og krever opptak til bachelor i sykepleie (NTNU u.å.).
Universitetet i Agder (UiA)	Det undervises i emnet <i>Sykepleie ved ulike helsetilstander 2</i> , der tematikk om psykiske og psykososiale problemer hos innvandrere og flyktninger har et omfang på tre undervisningstimer. Undervisningen har ikke obligatorisk oppmøte, men er en obligatorisk del av studieprogrammet.
Høgskolen i Molde	I undervisning om psykisk helse berøres tema som traumatisering og PTSD i et flyktningeperspektiv. Under temaet gynekologisk sykepleie snakkes det om seksuelle overgrep, traumer etter voldtekt, omskjæring av kvinner og så videre, uten fokus på selve begrepet tortur.

Profesjonsstudier i rettsvitenskap (juss)

UiO, UiB og UiT oppgir at det undervises i temaer som omhandler tortur som del av den obligatoriske undervisningen ved fagretningen. Hovedsakelig undervises det i emner som dekker forbudet mot tortur og statens forpliktelser til å forebygge tortur, mens det ifølge informasjonen vi har innhentet ikke undervises spesifikt i retten til rehabilitering og oppreising etter tortur.

Politi (bachelor)

Politihøgskolens rammeplan for bachelor-politiutdanningen nevner ikke tortur, men temaet blir tatt opp i pensum gjennom opplæring i totalforbudet mot tortur, jamfør EMK artikkel 3 i obligatorisk forelesning (Politihøgskolen 2018). Det oppgis for øvrig at man ikke tilbyr spesifikk opplæring om temaet tortur under studieforløpet.

TABELL 4: Oversikt over innhold om tortur i studieforløpene.

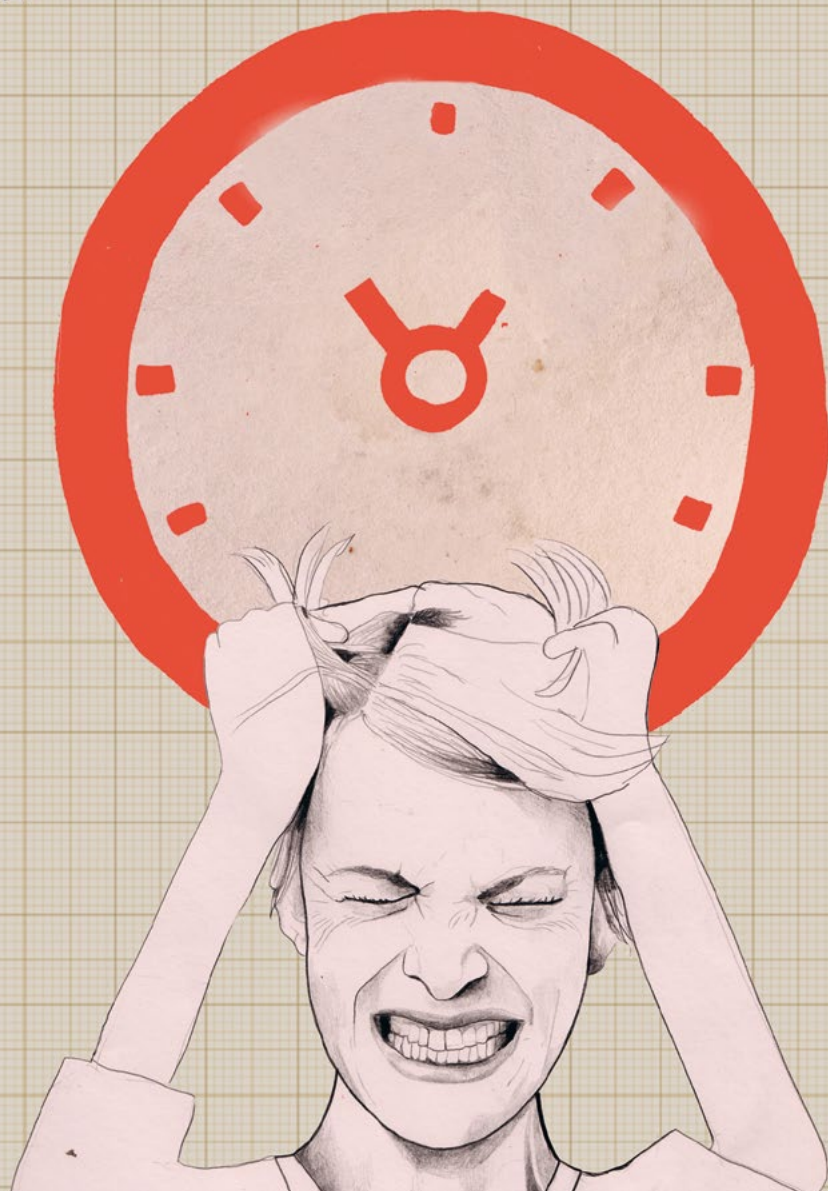
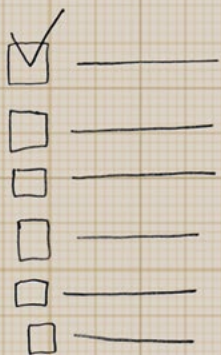
UTDANNINGSRETNING / UTDANNINGSINSTITUSJON	OBLIGATORISK	ANNET**
Medisin (profesjon)		
UiO, UiT	Nei	Ja
UiB, NTNU*	Ja	
Psykologi (profesjon)		
UiO, UiT, NTNU	Nei	Nei
UiB	Ufullstendig	Ufullstendig
Rettsvitenskap (profesjon)		
UiO, UiT	Ja	Ja
UiB	Ja	
Sykepleie (grunnutdanning)		
OsloMet	Ja	
UiT, NTNU, UiA, UiS, Høgskolen i Molde, Høgskolen i Østfold, Universitetet i Sørøst-Norge, Høgskulen på Vestlandet	Nei	Nei
Høgskolen i Innlandet	Nei	Ja
Vitenskapelige høgskole, Nord Universitet, Lovisenberg Diakonale Høgskole	Ikke svar	Ikke svar
Politiutdanningen		
Politihøgskolen i Oslo	Ja	

* Ikke enkeltstående tema, men inkludert i undervisning om overgrep og traumer.

** Gjeste forelesning, del av ikke obligatoriske forelesninger eller liknende.

Andre utdanninger

Som del av kartleggingen har vi ikke vært i kontakt med de lærestedene som tilbyr grunnutdanning i fysioterapi. Fysioterapi er en svært viktig komponent i rehabiliteringen, noe som kom svært tydelig frem både under intervjuene med fagpersoner i Norge og i rehabiliteringstilbudene i Danmark, Sverige og Storbritannia, som også er en del av denne kartleggingen (kapittel 5). En kartlegging av innhold om tortur, også innenfor denne fagretningen, bør inkluderes i ytterligere arbeid på området.⁶⁵ Det samme gjelder grunnutdanningen for tannleger⁶⁶ og sosionomer.



KAPITTEL 4

Erfaringer fra norsk praksis

Erfaringer fra norsk praksis viser at det kan være mange utfordringer med å identifisere torturutsatte fordi identifisering gjerne ikke ivaretas systematisk, og fordi tortur påvirker torturutsattes relasjoner og tillit til andre og derfor kan gjøre identifisering vanskelig. Videre er det store mangler i kunnskap om tortur og systematisk dokumentasjon av torturskader i henhold til Istanbul-protokollen i det norske helsevesenet. På lokalt, regionalt og nasjonalt nivå resulterer dette i store forskjeller i det reelle tilbudet og et fragmentert nasjonalt rehabiliteringstilbud til gruppen. Profesjonelle hjelpers tilgang på et fagmiljø og mulighet for veiledning påvirker også hvordan tjenesteutøverne beskriver det å være helper i møte med personer utsatt for tortur.

Frivilligheten har en viktig rolle å spille som en del av rehabiliteringstilbudet for torturutsatte. Først og fremst handler dette om aspekter som støtter opp om fysisk, psykisk, juridisk og sosial rehabilitering, og ikke som en behandlingsaktør, siden behandlingsansvaret hovedsakelig blir oppfattet som et offentlig anliggende.

Dette kapittelet bygger på samtaler og kvalitative intervjuer med 46 fageksperter og helsepersonell i de fire helseregionene. Kapittelet tar for seg hvilke muligheter og begrensninger fagpersoner ser i behandlings- og rehabiliteringstilbudet for torturutsatte med flukt-bakgrunn i Norge.

INNLEDNING

I dette kapittelet utforsker vi hvordan fagpersoner beskriver muligheter og begrensninger knyttet til behandling og rehabilitering til torturutsatte med flukt-bakgrunn i Norge. For å gjøre dette går vi nærmere inn på de sentrale temaene fra det foregående kapittelet: identifisering og rehabiliteringstilbudets rammer. Vi ser også på hvordan informantene beskriver det å være hjelper i møte med personer med torturerfaringer og frivillighetens rolle i rehabiliteringstilbudet for gruppen.

Dette kapittelet bygger på et kvalitativt materiale. Totalt ble 57 personer invitert til å delta, og 46 personer deltok. Rekrutteringen er basert på et strategisk utvalg, da vi ønsket å intervju personer med mye erfaring på feltet i landets fire helseregioner. Vi har etterspurt informantenes egne erfaringer, men også deres helhetlige vurderinger av tilstanden av rehabiliteringstilbudet for gruppen i Norge. Det er viktig å påpeke at det strategiske utvalget har gitt oss unik innsikt på feltet og kjennskap til spesielle tilbud og tilnærminger, men at det ikke er representativt for tjenesteapparatet for øvrig.

Vi gjennomførte flere preliminære samtaler med ulike fagmiljøer for å identifisere mulige deltakere. Rekrutteringsprosessen inkluderte også et *snowballing*-element. Materialet består av syv samtaler, 22 semistrukturerte en-til-en intervjuer, to semistrukturerte gruppeintervjuer og tre fokusgrupper. Intervjuene har tatt utgangspunkt i en tematisk intervjuguide.⁶⁷ I analysen har vi sett etter likheter og forskjeller i perspektiver, posisjoner og erfaringer. I sum gir intervjuene en god indikasjon på muligheter og begrensninger i rehabiliteringstilbudet for torturutsatte.

TABELL 5: Profesjoner representert blant informantene.

Helsefaglig: (over)lege, psykolog(spesialist), psykiatrisk sykepleier, psykiatrisk vernepleier, tannlege, fysioterapeut, psykiater.
Sosial- og barnefaglig: (klinisk) sosionom, barnevernspedagog.
Juridisk: jurist.
Forskning: forsker, professor.

Personer med helsefaglig bakgrunn har utgjort hoveddelen av informantene (43 personer). Flertallet av informantene jobber innenfor spesialisthelsetjenesten (35 informanter), med et fåtall innenfor kommunehelsetjenesten (5 informanter). De har også tilknytning til universitet, mottakssentre, privat klinikk og humanitære organisasjoner. Ofte har de flere tilknytninger innenfor klinisk arbeid, forskning og kompetanseheving. Noen er i tillegg frivillige overfor målgruppen.

Informantene jobbet i alle ledd av tjenesteapparatet, fra ankomstfasen til tjenester for personer uten lovlig opphold. Dette spekteret gjenspeiles også i materialet, som derfor fanger bredt og ikke fokuserer på en avgrenset fase (som identifisering, utredning eller rehabilitering sett separat), gruppe tjenesteytere eller linje i helsevesenet. Ettersom vi valgte ikke å begrense oss med tanke på yrkesgruppe og tjenestelinje, ville kartleggingen ha blitt styrket med høyere deltagelse av helsepersonell fra primærhelsetjenesten. For eksempel fastleger er en svært viktig aktørgruppe som ikke er inkludert. Kartleggingen inkluderer heller ikke tolkers erfaringer, selv om språk og kommunikasjonsutfordringer er et av temaene som blir løftet frem både i litteraturen og i det empiriske materialet.

IDENTIFISERING SOM UTFORDRING FOR TJENESTEAPPARATET

Identifisering av torturutsatte handler både om tiltak for å identifisere tidlig og fortløpende mulighet til identifisering. Våre informanter fremhevet noen aktører som særlig sentrale for å motta informasjon om torturskader og identifisere torturutsatte. Dette handlet om helse- og sosialfagligpersonell, lærere, mottaksansatte og interesseorganisasjoner (spesielt Norsk organisasjon for asylsøkere). Selv om helse- og sosialfaglig personell generelt ble betraktet som å være i en fordelaktig rolle både for å motta informasjon om og identifisere torturskader, beskrev noen en spesielt unik mulighet blant fastleger. En utfordring er at ikke alle torturutsatte blir tildelt eller nødvendigvis oppsøker en fastlege. En lignende rolle gjaldt også annet helsepersonell der konkrete fysiske skader eller helsemessig behov er et tema. Disse skadene kan være en inngangsport til å oppdage tortur når det er vanskelig å snakke om det bakenforliggende. Mest sentralt for at informasjon om torturskader skal komme frem, er imidlertid at vedkommende oppfattes som en «hjelper» og som en person man kan ha tillit til, noe som ikke er begrenset til det profesjonelle hjelpeapparatet.

Viktigheten av mer «uoffisielle» kliniske muligheter ble påpekt. En informant med bakgrunn som psykolog beskrev hvordan det å hente pasienter på venterommet og observere gangen deres kan gjøre det mulig å oppdage *falanga*.⁶⁸ Vedkommende beskrev videre hvordan observasjon ofte ikke benyttes: «hvis du tenker på helsevesenet i dag så har du de som knapt nok ser på deg, de sitter bak skjermen, og så har du de som kikker frem». Møtet mellom den torturutsatte og tjenesteapparatet kan dermed ha viktige muligheter som ikke alltid benyttes like godt.

Kartleggingssamtaler kan være spesielt viktige for å identifisere torturutsatte. Flere av informantene fra helsevesenet hadde erfaring med å bruke en lokalt tilpasset variant av helsekartleggingsskjemaet *Helseundersøkelse for asylsøkere*,

*flyktninger og familiegjenforente IS-1022.*⁶⁹ Et spørsmål noen hadde lagt til, tenkt som en inngangsport til å identifisere torturutsatte på bakgrunn av fengselsopphold, var om vedkommende hadde vært fengslet. Flere påpekte hvordan selv kortere kartleggingssamtaler er viktige for å skape mulighet for oppfølgingsamtaler. En informant med bakgrunn som psykiatrisk sykepleier fortalte også at torturutsatte ikke alltid ønsker å bli definert som torturert. Noen beskrev en manglende bevissthet om viktigheten av det å fortelle om slike erfaringer, eller at man holdt tilbake helseopplysninger i frykt for at det ville påvirke asylsaken negativt. Andre uttrykte bekymring for underrapportering av eventuelle torturskader. Samtidig ble faren også påpekt ved at enkelte ønsker å bli identifisert som torturert selv om de ikke er det.⁷⁰

Uavhengig av dette fremhevet flere informanter at det er viktig å spørre direkte.⁷¹ Det å stille spørsmål til pasient/bruker om mulige og alvorlige belastninger kan åpne opp for dette temaet videre, for å stille de spørsmålene som kanskje aldri har blitt stilt. Noen beskrev eksempler på torturutsatte som først etter vel ti år i Norge var blitt spurt om torturerfaringer. En informant i kommunehelsetjenesten understreket betydningen av å løfte fram problematikken og stille direkte spørsmål systematisk på ulike tidspunkt. En person som har vært utsatt for tortur vil da få flere anledninger til å åpne seg og dele sine erfaringer og behov, og mulighet til å forberede seg på at spørsmålet blir stilt – slik at hen kan dele når hen er klar for det. Dette kan være viktig fordi symptombildet kan forandre seg avhengig av opplevd trygghet (Quiroga og Jaranson 2005). Tidspunktet for denne typen utspørring i mottaks- og bosettingsprosessen kan derfor påvirke identifiseringsmulighetene.

Fysiske torturskader ble påpekt som lettere å identifisere og lettere å få hjelp til selv om skaden ikke alltid kobles til tortur. Det kan også være et generelt større fokus på symptomer enn det bakenforliggende (Varvin og Aasland 2009) og en risiko for at «kjernen» i problematikken forblir uidentifisert.

Jeg har opplevd folk som har vært her lenge uten å bli identifisert. [...] Symptomer, man følger det symptomet. Man var i den behandlingsinstitusjonen, og der er fokuset det og det. Og så stiller vi aldri spørsmålene. Også sånne ekstreme eksempler med folk som har blitt ekstremt uføre på grunn av tortur, men hvor det aldri har vært stilt spørsmål om hva som lå bak eller hvorfor det var sånn. Hvor personen selv, på grunn av hjerneskade, ikke har evne til å formidle eller at man selv ikke vet at det jeg var utsatt for kalles tortur ifølge lovverk.

– Psykolog

Flertallet av informantene snakket om pasienter som var voksne på det tidspunktet da møtet fant sted. Få rapporterte å ha vært i kontakt med mindreårige

med torturerfaringer. Dette kan handle om et større fokus på voksne, men kan også skyldes at utvalget i vår kartlegging i hovedsak arbeidet med voksne klienter. Fravær av fokus på barn som er utsatt for tortur, som har vært vitne til tortur, eller som har vært i fengsel sammen med foreldre, er påpekt av andre (RVTS 2014). Som beskrevet i kapittel 2 står barns rett til rehabilitering spesielt sterkt i barnekonvensjonen. Noen informanter beskrev en større utfordring ved å identifisere og dokumentere torturskader hos mindreårige, siden de i større grad presenterer diffuse indikasjoner eller atferdsvansker og kan være mindre klar over egne behov og sammenheng mellom opplevelser og symptomer. Dette kan ha sammenheng med utvikling og modenhetsnivå. En informant med bakgrunn som psykiater beskrev det slik: «Ungdommene som er torturert får mye generelle symptomer, mye med atferdsvansker, kanskje noe kriminalitet, promiskuitet, som blir forstått som uskikkelighet og ikke som traumefunksjoner.»

Om å ville og orke å høre

Informantene påpekte to dilemmaer som vanskeliggjør identifisering, og som går direkte på tjenesteutøveren. Disse dilemmaene handlet om hvorvidt man orker å høre på hva en person med torturerfaringer kan fortelle, og om man i det hele tatt ønsker det. Et par informanter fortalte om situasjoner der deres pasienter tidligere hadde opplevd å bli avvist da de tok initiativ til å fortelle. En informant med bakgrunn som psykolog fortalte at hen «har sett at pasienter [...] har fortalt det til en annen behandler eller fastlege og [blitt møtt med]: nei, dette blir for vanskelig for meg». Det kan være flere årsaker til at slikt skjer. En mulig årsak er at i «møtet med traumatiserte flyktninger vil [...] behandleren» kunne bli overveldet av pasientens håpløshet og ønske å skjerme både seg selv og pasienten» (Grut, Tingvold og Hauff 2006, s. 1320). Det kan også handle om hvorvidt man er åpen for å ta imot ny og uventet informasjon, som beskrevet her:

Du skal være klar til å ta imot de svarene du får. Du skal ikke være redd for å få svar som vipper deg helt av pinnen. Hvis du har en som sier ja, jeg har vært utsatt for tortur og begynner å fortelle hva, så må du fortsatt ha faglig balast [...] du må fortsatt klare å ha profesjonaliteten i det du hører.

– Sykepleier

Det at man orker å være til stede som lyttende og empatisk i situasjoner der man får beskrevet torturerfaringer, og at man vet hva man skal gjøre med det, er viktige forutsetninger for å spørre. Forskning viser at «[m]ainstream fagpersoner vet ofte ikke hvordan de skal stille de vanskelige spørsmålene, eller ønsker å vite svarene» (Quiroga og Jaranson 2005, s. 34). Flere informanter beskrev en usikkerhet knyttet til måten å gå frem på i møte med torturutsatte. De fleste mente at

den beste måten å muliggjøre identifisering, forstått som det å få tilgang på informasjon om eventuelle torturerfaringer, er å stille direkte spørsmål, gjerne der vedkommende ikke trenger å uttale seg ut over å bekrefte eller avkrefte påstander. De påpekte også viktigheten av at man er forberedt på temaet og å gi mulighet til ikke å svare (noe som kan være et signal på at man skal ta det opp på et senere tidspunkt). En informant som er utdannet fysioterapeut poengterte viktigheten av å formidle med hele seg at man er mottagelig for å lytte, inkludert kroppsspråket.

«Det er en stor påkjenning for folk å være nødt til å fortelle det de har opplevd gang på gang, uten at det fører til noe forbedring for dem. Det er uetisk å kartlegge hvis du ikke skal bruke den kartleggingen til å hjelpe folk til å få det bedre.»

– Psykiatrisk sykepleier

Til tross for at det å spørre kan representere en utfordring, påpekte flere også at som helsepersonell er det det man er trent til å gjøre. Vegring mot å spørre handler ifølge våre informanter mest om manglende erfaring og kompetanse; at det er manglende kompetanse som gjør arbeidet overveldende, ikke torturen som tema i seg selv. Hvorvidt man spør, og om det i det hele tatt er etisk å spørre hvis man ikke har noe å tilby, ble også løftet frem, som de to følgende sitatene viser.

Det er en stor påkjenning for folk å være nødt til å fortelle det de har opplevd gang på gang, uten at det fører til noe forbedring for dem. Det er uetisk å kartlegge hvis du ikke skal bruke den kartleggingen til å hjelpe folk til å få det bedre.

– Psykiatrisk sykepleier

Et av problemene med tortur for det lokale helsevesenet er at hvis du spør så får du jo ofte svar og da kan du jo risikere å få et svar som du faktisk ikke hadde lyst til å få. Hvis du spør om en person har vært

utsatt for tortur og får ja så vil jo de fleste oppleve at dette kan jeg ikke gjøre noe med. Og det tror jeg er et problem. Jeg tror at det kan være en av grunnene til ikke å spørre. Hvis du diagnostiserer noe du ikke kan gjøre noe med så er det en veldig påkjenning for helsepersonell.

– Forsker

At tjenesteutøverne føler seg trygge på temaet og opplever at de har noe å tilby, eller vet hvor de skal henvise, kan derfor være en forutsetning for at identifisering ivaretas, med påfølgende utredning, behandling og rehabilitering. En informant som er utdannet lege, løftet frem sin bekymring for konsekvensen hvis man spør uten å følge opp med tiltak:

Da tenker jeg at vi er med på å svekke tilliten til helsevesenet og til det offentlige, og alt som er nyttig. Vi ripper opp i gamle sår uten at det skjer noe. Og at det kanskje er med på at det kanskje blir tøffere å komme til Norge enn det trenger å være. At de blir desillusjonerte og får enda større psykiske problemer, at nå får de håp og så skjer det ingenting. Det er min bekymring.

Mangel på identifisering kan også handle om at man ikke ønsker å bli involvert i kompliserte og sammensatte pasientforløp, noe som kan oppleves som spesielt krevende under rammevilkår som ikke gir rom for å imøtekomme behandlingsbehovet. Det kan også handle om at man ikke ønsker å bli involvert i problemstillinger man ikke vurderer som sitt ansvar. Som tjenesteutøver kan man oppleve situasjonen som u håndterlig (Grut, Tingvold og Hauff 2006). Avgjørelsen kan også handle om underkapasitet i helsevesenet generelt.

Kan det fortelles?

I de fleste tilfeller handler identifisering om hvorvidt en person med torturerfaringer, velger å fortelle dette til andre. «Siden det ligger i torturens hensikt å ødelegge offerets tillit til andre mennesker, kan man ikke uten videre forvente at torturutsatte forteller om sine opplevelse» (Høyvik og Woldstad 2018, s. 252). For noen vil slik informasjon kunne formidles, både på forespørsel og på eget initiativ. For andre vil det være nærmest eller helt umulig. Noen forhold er vanskeligere å identifisere enn andre. Dette handler først og fremst «om identifisering av forhold som kan være forbundet med fare, skam, ydmykelse, sterk smerte, ekstreme og vanskelig beskrivbare hendelser som kan ha ført til traumerelaterte reaksjoner og problemer» (Brekke, Sveaass og Vevstad 2010, s. 34). Det kan også være vanskelig å fortelle om torturerfaringer fordi traumet kan være forbundet med nummenhet (Quiroga og Jaranson 2005), dissosiativ amnesi og fremmedfølelse (Høyvik og Woldstad 2018). Det er viktig at den som skal hjelpe og lytte, er klar over at

detaljer kan forsvinne; den torturerte kan mangle oversikt, hendelsene kan flyte over i hverandre, og tidfestingen, rekkefølgen og sammenhengen kan være tåkete. Som beskrevet av en informant:

Jeg har vært interessert i å spørre, har du vært hengt opp etter arm eller etter fot og har de slått deg, hvor, hode, sann eller sann, her, der? Hvordan har dette skjedd? Av og til måtte jeg gå i meg selv, sann som en sa: Det er sann at det første slaget da blir du helt lammet og det gjør så vondt, men etter hvert så mister du følingen. Husker hvor de begynte, men hvor de har slått etter hvert mister du helt følingen med.

– Psykolog

Det kan også være en redsel for at taushetsplikten ikke blir overholdt, tilstedeværelsen av tolk, behov for å vite at man vil motta et tilbud, og at man rett og slett ikke er klar til å fortelle (Brekke, Sveaass og Vevstad 2010). Flere informanter pekte på manglende ønske om å fortelle og oppga redsel som den store årsaken.

Fokuset på konkrete torturhandlinger kan gjøre at behandleren ikke er oppmerksom på at situasjonen i seg selv kan utgjøre tortur eller forsterke effekten av tortur – og at det også kan representere en trigger. En informant utdanner som psykolog beskrev hvordan slike forhold gjerne kommer i bakgrunnen:

Det som ofte har skjedd er at det har blitt så fokusert på [enkelthandlinger som utgjør tortur], at vi kan glemme det andre. Hvor mange mennesker har vært på cellen, har de vært i mørket, lys, vinduer, åpent ut, har de vært utsatt for insekter? Har de fått nok mat, hvordan har maten vært, har de fått rent vann?

Trygghet, tillit og tid som viktige forutsetninger for identifisering

Trygghet, tillit og tid ble fremhevet som de tre viktigste elementene som gjør det mulig å fortelle om torturerfaringer. Trygghet, tillit og tid er derfor også viktige forutsetninger for identifisering, utredning og rehabilitering.

Trygghet som en viktig forutsetning

Det er mange aspekter som påvirker følelsen av trygghet. Det at et menneske fremstår som hyggelig, og at man er fysisk trygg, er ikke synonymt med opplevd trygghet. Gjennom tortur blir den grunnleggende følelsen av trygghet angrepet, og den utsatte vurderer gjerne ikke andre som pålitelige lenger (Høyvik og Woldstad 2018). En informant med bakgrunn som psykolog beskrev dette:

Tortur handler om å koble det gode med det onde. Torturisten kan være veldig hyggelig, få deg til å slappe av. Når du senker forsvaret, angriper de på det mest sårbare. Det blir ofte farlig å bli sett, ofte farlig å vise hvordan du reagerer. Fordi når du slapper av blir du mest sårbar og da øker risikoen. At folk er hyggelig med deg gjør ikke at du slapper av fordi det kan være varsel på at det kommer noe grusomt.

Informantene beskrev hvordan de prøvde å forholde seg til dette helt eksplisitt gjennom å skape trygghet i sine møter med personer med torturerfaringer. De fremhevet betydningen av å gi informasjon om helsearbeiderens rolle, muligheter, taushetsplikt med mer, noe som også handler om å gi kontroll og forberede pasienten på den konkrete situasjonen og rammene rundt. I tillegg dreier det seg om å være tilgjengelig, oppmerksom og følsom. En viktig forutsetning for trygghet for denne gruppen er vissheten om at behandling ikke avsluttes etter et gitt eller forhåndsdefinert antall timer (Hjemdal 2006). Oppholdsstatus påvirker også følelsen av trygghet.

I forbindelse med utredning og behandling innenfor andre deler av helsevesenet var noen informanter opptatt av å inkluderes på tvers dersom pasienten ønsket det. I noen tilfeller innebærer det at pasienten ikke trengte å gjenta historien sin. Disse informantene beskrev det i tillegg som en mulighet for dypere innsikt og som en støtte: «Det å være med var viktig, både for pasienten og legen som foretok utredningen og for meg. Fordi du kan være med å supplere, å trøste, og kan få enda bredere innblikk i pasientens historie. Bra for alle parter». En slik tilnærming er en integrert del av enkelte rehabiliteringstilbud (Quiroga og Jaranson 2005).

Gode relasjoner kan være helende i seg selv.

Tillit som en viktig forutsetning

Trygghet (i hvert fall i den enkelte samtale) er gjerne en forutsetning for tillit, og informantene beskrev tillit som det overordnede elementet som gjør det mulig å snakke om torturerfaringer. Alvorlig traumatisering fører til sårbarhet, mangel på tillit og til og med mistillit (Varvin 2003). Mistillit eller mistenksomhet kan forsterkes når man kommer fra samfunn hvor dette har vært viktig for å overleve (ibid.). Fordi en av konsekvensene av tortur er at tillit til andre mennesker blir ødelagt, er nettopp etablering av tillit svært viktig (Patel, Kellenzi og Williams 2014). Gode relasjoner kan være helende i seg selv, og gjennom trygge relasjoner kan det vokse frem mestringsfølelse og indre trygghet (Varvin 2003).

«Tålte jeg å høre det? Hvis de
fortalte – ville jeg gå i stykker?»

– Psykolog

Det kan også være slik at den som er torturert selv er i tvil om hvorvidt andre orker å forholde seg til det de har opplevd. De kan være bekymret for at det blir for mye. Dette er også beskrevet blant overlevende etter holocaust, der mange opplevde egne erfaringer som for vanskelige for behandleren og derfor trakk seg fra videre samtale (Varvin 2003). Slike opplevelser var i tråd med hva flere informanter fortalte:

Mange av mine pasienter var veldig i tvil om jeg tålte å høre det de hadde vært utsatt for. Da var det to ting, det ene var: Tålte jeg å høre det? Hvis de fortalte – ville jeg gå i stykker? Det andre var at de ikke ville utsette meg for belastningen av å høre det de hadde vært utsatt for.

– Psykolog

I en slik sammenheng blir det ekstra viktig at den som lytter, er tydelig på at hen er kjent med det alvorlige temaet og vet hvor smertefullt det kan være. Det er også svært viktig at helsepersonell ikke tviler på det de blir fortalt (Høyvik og Woldstad 2018). Trygghet og tillit handler om en følelse av at man blir tatt på alvor, da mange kan være redd for ikke å bli «trodd, såret, møtt med uforstand, [og bli] dømt», som beskrevet av informantene. Det kan også handle om å bli tatt på alvor på andre områder i livet. Og det inkluderer tilstrekkelig tilgang til helsehjelp. Noen informanter advarte at en person med torturerfaringer kan oppleve en trøtthet når det gjelder å fortelle om det de har opplevd, særlig hvis det å fortelle aldri fører til at man får hjelp.

Tid som en viktig forutsetning

Informanter som jobbet med torturutsatte over tid, la ofte vekt på at de venter med å spørre til de har etablert en tillitsrelasjon. Når først «alliansen» er på plass, så opplever de at personer åpner seg. Flere beskrev at det kan ta mye kortere tid å komme inn på visse former for tortur enn andre. Dette fremgår også av forskningen: «[o]fre er ofte i utgangspunktet mye mer klare til å snakke om sine fysiske symptomer og sosiale behov enn om sine psykologiske symptomer» (Quiroga og Jaranson 2005, s. 44). Det kan derfor være nødvendig å bruke tid for å komme til kjernen. En informant med bakgrunn som psykolog beskrev det slik: «Med mine

pasienter generelt sett, så er det en tendens at de forteller hva det egentlig dreier seg om helt på slutten av kontakten, etter å ha jobbet med folk over år.»

Mennesker utsatt for tortur kan selv ha behov for å sortere egne opplevelser før de eventuelt formidler dem til andre. Dette kan også være tidkrevende. Noen informanter påpekte at man ikke alltid kommer til kjernen av hva en person har vært utsatt for. Manglende systemforståelse og helsekompetanse kan også gjøre det vanskelig å fortelle, og det kan være tidkrevende å tilegne seg en slik forståelse. Som en informant med bakgrunn som psykolog beskrev: «[de er] redd for hva som kan skje, redd for å bli gal, lagt inn, de har annen forståelse av psykisk helsevern». Noen informanter fremhevet viktigheten av å være oppmerksom på hva det kan koste å fortelle, og hvordan det kan gå ut over andre områder i livet.

Skam, tabu og skyldfølelse

Informantene beskrev noen former for tortur som spesielt utfordrende i identifiserings-, utrednings- og behandlingsøyemed. Seksualisert tortur var den formen som flest snakket om, og dette gjaldt begge kjønn. Både menn og kvinner kan ha et sterkt ønske om å skjule seksualiserte former for tortur.

Å ha blitt tvunget til å utføre tortur ble også opplevd som en torturform som skiller seg ut. Informantene fremhevet barnesoldater som et ekstremt eksempel på dette, og kombinasjonen av å ha torturert, men også av å ha begått alvorlige overgrep mot andre, for eksempel massedrap. I slike ekstreme tilfeller fortalte informantene at disse pasientene ofte sto overfor en situasjon der de lurte på om de orket å leve med egne handlinger. I tillegg snakket informantene om tilfeller der man har angitt andre eller unnlatt å hjelpe, og kanskje utviklet det en kan kalle overlevessskyld, noe som ble beskrevet som vanskelig. Seksuell legning var et annet moment som ble nevnt og som kan føre til økt sårbarhet, også i eksil.

Noen informanter beskrev tilfeller der de opplevde at dokumentasjon var uønsket fra pasientens side. En informant beskrev det slik:

For noen av våre pasienter er det utrolig viktig at det ikke skrives i journalen, at når det blir sagt så skal ingen få vite om det. Hva er viktigst her? Jeg tenker det viktigste er tillit til pasienten fordi det er min jobb at pasienten skal ha det bedre. Jeg tror det er mange som er så redd for at det skal komme ut, at det derfor aldri kan bli dokumentert.

– Psykolog

Faktorer som kjønn, alder, etnisitet, religion, språk og posisjon/sosial status kan påvirke muligheten for hvorvidt og med hvem man kan snakke om visse tema.

Viktigheten av å være lydhør for behov som påvirkes av slike faktorer blir løftet frem i Istanbul-protokollen. Noen informanter beskrev hvordan felles etnisk bakgrunn kan legge større forventningspress på tjenesteutøveren, samtidig som det kan resultere i at det tillitsbyggende arbeidet potensielt blir mindre tidkrevende, men også at det lettere kan bryte. Dette er spesielt akutt for brobyggere (de som kan ivareta både en språklig og en kulturell kompetanse). Noen informanter beskrev også forventninger til at de forstår eksiltilværelsen på bakgrunn av egen opprinnelse som ikke-etnisk norske.

TILNÆRMING OG RAMMER I MØTE MED TORTURUTSATTE

Senskader etter tortur er gjerne gjennomgripende og langvarige. Behandling av torturskader kan kreve psykologisk, sosial, velferdsmessig og juridisk rehabilitering (Patel, Kellenzi og Williams 2014). Som beskrevet over, påvirker tortur relasjoner og bryter ned tilliten til andre mennesker. Det krever derfor ofte mer å etablere tillit og en terapeutisk allianse med mennesker som har vært utsatt for tortur (Hjemdal 2006). Det kan også kreve en annen tilnærming og rammer som tillater at dette skjer, slik som det i norsk kontekst har vært gjort for å imøtekomme andre grupper med spesielle behov.⁷²

«Vi kjenner ikke til Istanbul-protokollen ordentlig.»

– Psykiater

Ansvar for og forankring av tilbudet til torturutsatte

Spørsmålet om ansvarsforhold når det gjelder rehabilitering var et gjennomgående tema i intervjuene som ble gjennomført for denne rapporten. Det var tydelig at torturutsatte i praksis ikke representerer en spesiell gruppe med særlige rettigheter i møte med tjenesteapparatet. Flere informanter stilte spørsmålsteget ved det nåværende tilbudet som blir gitt mennesker med torturerfaringer og påpekte mangel på system. En informant med bakgrunn som psykiater beskrev det slik:

Norge ivaretar ikke sine forpliktelser overfor torturutsatte slik jeg har sett dem formulert i FN-uttalelser. Det skal være totaltilbud på rehabiliteringssiden. [...] Og vi kjenner heller ikke til Istanbul-protokollen ordentlig.

Dette handler også om hvem som er ansvarlig på et helt konkret nivå. Som beskrevet av en informant, dreier dette seg om at «når [tortur] er påvist og det er rett til spesiell hjelp, hvem skal yte den hjelpen og vet de som skal yte den at de faktisk skal det?» Fagfolkene vi snakket med beskriver at tilbudets innhold ikke er ivaretatt på systemnivå. En informant med bakgrunn som psykolog sier følgende:

Det blir så svevende at vi har ratifisert en konvensjon, men så er det ikke noen tydelig beskrivelse for tjenesteutøver av at det er viktig. Så blir det ofte stående og falle på om man faktisk skjønner hva det faktisk innebærer [...] at du som tjenesteutøver kan og skal gjøre en forskjell.

En sentral utfordring som er beskrevet av informantene i kartleggingen var manglende konkrete tilbud om rehabilitering på den ene siden, og en manglende helsebyråkratisk og politisk interesse for dette området. Flere beskrev manglende gehør oppover i systemet for de bekymringene som ble formidlet av fagfolk. To informanter, begge i spesialisthelsetjenesten, beskrev et tilfeldig system på et overordnet plan:

Den såkalte norske modellen [er ikke] en modell. Det norske systemet er et tilfeldig system.

Det må komme ovenfra. Det er ikke noe helsepolitisk styrt vilje. Det kommer i drypp. Det blir sterkere i tider når man har personer i Helse- direktoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som er opp- tatt av menneskerettigheter. Det er ikke nok forankret på de nivåene det bør være. [...] I alle ledd koker det ned til personlig engasjement.

Mangel på forankring og kunnskap om hva man skal tilby torturutsatte representerer en utfordring som kan føre til at rehabilitering ikke blir ivaretatt på et overordnet og systematisk plan, og at det resulterer i et fragmentert og personavhengig tilbud.

Hvis du ikke får inkorporert veilederen [*Nasjonal veileder for helse- tjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente IS-1022*] i de retningslinjene du har på din arbeidsplass, kanskje med konkrete instruksjoner [...] så forsvinner det litt bort og når det ikke medfører konkrete midler eller systemendringer kan det prioriteres ned. Det er ikke noe handlingsplan om tortur. Det finnes en veileder av ivaretagelse av psykososial oppfølging av asylsøkere og flyktninger. Det finnes ikke en handlingsplan om tortur, forebygging og behandling av tortur. [...] En

handlingsplan er et mer konkret verktøy som du skal følge opp og implementere. En veileder kan du også si at du skal implementere, men det ligger i begrepet, handlingsplan/veileder. Det vektet forskjellig.

– Psykolog

«En handlingsplan er et konkret verktøy
som du kan følge opp og implementere.»

– Psykolog

Ivaretagelse av utredning og dokumentasjon

Informantene beskrev manglende ivaretagelse av utredning og dokumentasjon av torturskader. De beskrev blant annet et generelt fravær av forsøk på å identifisere tortur under asylintervjuet og en manglende oppfølging av dette som et rettssikkerhetsproblem. Med bakgrunn i mangel på steder å henvise til, beskrev flere at det ofte er «tilfeldig hvordan og om [dokumentasjonen] blir gjort». Når dokumentasjon utgjør en del av selve asylsaken, ligger bevisbyrden hos asylanten. Som en informant i spesialisthelsetjenesten påpekte, «utredning fra spesialisthelsetjenesten vektlegges sterkest, sies det eksplisitt i utlendingsforvaltningen», men det er mange ledd der tilgang til spesialisthelsetjenesten kan stoppe, nettopp fordi en systematisk og institusjonalisert ivaretagelse av torturutsatte mangler. En annen informant, også i spesialisthelsetjenesten, oppsummerte hvordan dette praktisk kan fortone seg:

Spesialisthelseerklæringer vektlegges, men så skal du først komme deg inn i spesialisthelsetjenesten. Det kan strande hos fastlegen. Fastlegen må skrive en henvisning som er på en slik måte at den blir prioritert av spesialisthelsetjenesten. Det kan strande i spesialisthelsetjenestens prioriteringer, fordi det vil gå inn under traumer/traumebehandling og da skal det være en viss alvorlighetsgrad av psykiske vansker heller enn faktisk opplevd tortur som skal ta deg videre. Eller behandler kjenner ikke til Istanbul-protokollen eller forstår ikke hva som skal til [...], eller det kan strande i somatikken.

Som beskrevet i kapittel 2 blir torturutsatte på bakgrunn av pasient- og brukerrettighetsloven, på lik linje med andre pasienter, vurdert etter om de har rett til nødvendig helsehjelp basert på hvilket behov de har, og om de skal prioriteres foran andre pasienter.

Produksjon og inntjening som en faktor for tilbudet

Flere informanter beskrev institusjonelle rammer som enten ikke ga dem mulighet til å imøtekomme torturutsattes behov på en faglig forsvarlig måte, eller som på sikt ville gjøre det umulig. For flere handler dette om en vurdering av at gruppens behov vanskelig kan imøtekommes i det ordinære systemet, særlig innenfor psykisk helsevern, med økt fokus på korte behandlingsforløp og produksjonstall. Det handler også om at man ikke har tid eller ikke benytter seg av de tilnærminene man anser som hensiktsmessige, slik at gruppen ofte faller gjennom.

En informant i spesialisthelsetjenesten beskrev hvordan man blir presentert for regler og idealer som skal følges og leves opp til, og at «pasienter som tar lang tid passer ikke inn i det ordinære systemet; det vil si dårlige pasienter med lange behandlingsløp». Dette blir ofte et problem når det gjelder pasienter med torturerfaringer, siden disse ofte vil trenge omfattende oppfølging og tilbud og dermed representerer en stor arbeidsinnsats. En annen informant, også i spesialisthelsetjenesten, beskrev at større politiske helsebeslutninger blir 'presset ned' på enkeltpersoner fordi det er opp til den enkelte behandler å få pasientlisten sin til «å gå opp». En tredje viste til at «helsebyråkratene ønsker at vi skal avslutte fortest mulig og at det skal være manualbaserte kortsiktige intervensjoner som skal løse alle problemer.»

Et system som vektlegger produksjonstall, ble beskrevet som et system som «favoriserer de enkle og velfungerende.» Når systemet ikke legger til rette for torturutsatte som pasientgruppe, kan dette lede til svak behandling eller at helsepersonell vegrer seg for å ta imot gruppen, fordi den påvirker effektiviteten. Dermed blir man også påvirket som behandler. Noen informanter uttrykte videre at produksjonstall kan komme i veien for kompetanseheving. Flere hadde søkt å kompensere for dette selv ved å ta initiativ til å lære mer om denne pasientgruppen, blant annet ved selvstudium. En informant med bakgrunn som psykiatrisk sykepleier oppsummerte situasjonen slik:

Flyktningesaker vil i en sånn kontekst ta mye tid, både tid i lengde og i antall måneder/år og i saksmengde inni saken, altså sånn at du må ta mange kontakter; mange ting du må få utredet, og mye opplysninger, møter med mottak og andre eksperter [...] indirekte blir det et problem fordi man må ta imot ganske mange pasienter. [...] Veldig press på at man kanskje skal gi litt til alle istedenfor å fullføre. Den analogien man har hatt til somatisk behandling, at man ikke kan stoppe midt i et infeksjonsløp eller et armbrudd, man må gjøre det ferdig, den står litt for fall i psykiatrien, også fordi lengden på behandlingsløp alltid er noe som kan diskuteres.

Bekymringene som disse informantene uttrykte med tanke på rammevilkårene, handlet derfor om større helsepolitiske diskusjoner og prioriteringer, og på hvordan disse slår ut for forskjellige grupper. Informantene som deltok i kartleggingen, pekte på viktigheten av rammevilkår og prioriteringer som gjør det lettere å tilby et helhetlig tilbud over tid, både for pasienter som har opplevd tortur og for dem selv som hjelpere i møte med denne gruppen.

Varierende tilbud og tilgang for torturutsatte

Tilbud og tilgjengelighet kan påvirkes av hvordan tjenesteyterne nærmer seg arbeidet med torturutsatte som gruppe. Som allerede påpekt beskrev informantene fra helsevesenet viktigheten av å ha rammer som gir mulighet til å imøtekomme pasientenes behov på en best mulig måte, og rammer som gjør det mulig å tilby et helhetlig tilbud. De fremhevet to faktorer som viktige: tillit fra ledelsen og kjennskap til og forståelse for de behov gruppen har. Tillit fra ledelsen handler om at ens faglighet blir tatt på alvor, og at ledelsen forstår og støtter fagfolkens vurderinger. Dette kan oppsummeres som en «frihet og tillit til å jobbe etter egne faglige vurderinger», som formulert av en informant. Dette fremstår gjerne lettere når ledelsen kjente til torturutsattes behov og hva det faktisk innebærer å tilby hjelp eller behandling som står i rimelig forhold til det pasienter med torturerfaring kan ha behov for. Det handler også om at tilbud er forankret på høyere nivå, og at man får anerkjennelse for å fokusere på temaet.

Kompetanse er viktig

Kompetanse på flyktninghelse er eksplisitt definert som tema ved noen etater. Andre etater velger å utvikle slik kompetanse selv uten et slikt eksplisitt fokus. En informant som er privatpraktiserende beskrev hvordan egen interesse, nærhet til asylmottak og lokalt samarbeid resulterte i økt kompetanse. For andre kan området være helt ukjent, som beskrevet av en informant i spesialisthelsetjenesten:

[...] det er mange av mine kollegaer som aldri har møtt en utlending eller flyktning, så jeg tror nok for noen at kombinasjonen at noen saker blir sendt til de som har erfaring, som meg, og at for andre så blir det så ukjent land at de vil rygge tilbake for det. [...] Bare det som jeg oppfatter som helt grunnleggende kunnskap om å bruke tolk, er ikke kjent. [...] Mange er lite trent og opplever det som vanskelig.

Tilgjengelig kompetanse kan derfor bli konsentrert hos noen få. Det er klart at både interesse for å jobbe med gruppen og rutiner for samarbeid vil påvirke tilbudet.

Lavterskeltilbud og forsikring om at gruppen ikke faller utenfor

Lavterskeltilbud som fanger bredt og som foster tillit, trygghet og forståelse ble fremhevet som spesielt positivt, siden det kan representere verdifulle muligheter for å få hjelp, både på grunn av tilgjengelighet og mulighet for henvisning.⁷³ Slike tilbud kan være en inngang til vanskelige tema og kan bygge ned eventuelle stigma og mistillit til helsevesenet. Psykoedukasjon⁷⁴ og stabiliseringsteknikker ble fremhevet som viktige hjelpemidler for bedre hverdagsmestring, både fordi man oppnår økt forståelse for egen situasjon og lærer metoder som kan trygge en.

Flere informanter viste til eksempler på hvordan pasienter som ble beskrevet som «for vanskelige» eller umotiverte, for eksempel fordi de ikke åpner seg,⁷⁵ kunne bli utskrevet og henvist gang på gang når et tilbud opphørte, og at dette skjedde til tross for manglende bedring hos pasienten. Andre løftet frem eksempler på at torturutsatte «blir henvist, men dukker ikke opp», og at det «forklares som ikke motivert eller frisk» eller at det «ikke er rett timing». En informant med bakgrunn som psykolog beskrev hvordan torturutsatte som gruppe, uavhengig av oppholdsstatus, lett kan falle utenfor spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av forskjellige forståelser for og forventninger til helsevesenet:

En del av dem vil nok kunne få et tilbud innenfor et distriktpsikiatrisk senter (DPS), men i en del sammenhenger så vil ikke det fungere. Den kulturelle praksis vi driver med: Hva kan jeg hjelpe deg med? Hva er det du vil ha hjelp med? Det er jo en måte å drive helsevesen på som er helt ukjent for folk. I store deler av verden går folk til folk som meg fordi de har en utdanning og kompetanse og skal fortelle dem hva som er i veien og hva som skal gjøres. [...] Mange som dropper ut av flere grunner. Det jeg har sett, at de avslutter samtalen fordi at etter lang tid så har pasienten fremdeles ikke klart å formulere hva de ønsker å få hjelp med. Her må man bruke kompetansen sin og være på tilbudssiden tenker jeg.

Utfordringer med tilgang til tjenester

En informant beskrev tilbudet, og spesielt utfordringene med tilgang til psykisk helsevesen for torturutsatte, slik:

Behandlingssituasjonen for denne gruppen pasienter i psykiatrien er utilstrekkelig. Man gjør den nødvendige innsatsen hvis man gjør noe i det hele tatt. Det er veldig vanskelig å få henvist til psykiatrien. De fleste må klare seg med primærhelsetjenesten [...]. Det er de som tar hovedtyngden av disse her.

– Psykiater

Flere informanter beskrev at særlig asylsøkere blir avvist i psykiatrien, og at dette ofte begrunnes med at «vedkommende er i en slik situasjon at de ikke vil kunne

nyttiggjøre seg av behandling».⁷⁶ En informant med bakgrunn som forsker beskrev veldig konkret at helsepersonell kan være «nølende til hva de skal tilby, og hva de skal gjøre» overfor asylsøkere. Flere uttrykte at det gjerne gjøres for lite for å imøtekomme denne gruppens behov. Noen opplevde at dette resulterer i at tjenesteapparatet «gjør seg» utilgjengelig for gruppen. Dette skjer altså til tross for at asylsøkere har rett til full helsehjelp, som beskrevet i kapittel 2. Det kan også være mangel på kunnskap i tjenesteapparatet om hvilke rettigheter gruppen faktisk har (Sveaass og Lie [under publisering]). Selv om forskjellen i tilbud og tilgjengelighet kan være spesielt fremtredende mellom personer med oppholdsstatus og asylsøkere på den ene siden, og personer uten lovlig opphold på den andre, så kan det også være store forskjeller i hvordan tjenesteapparatet forholder seg innad i gruppen som innebærer personer med oppholdsstatus, og som vist over, til asylsøkere.

Særlig asylsøkere blir avvist i psykiatrien.

Selv om kompetanse om tortur som tema blir opplevd som spesielt viktig, påpekte en informant i spesialisthelsetjenesten tydelig at det «ikke er kompetanseheving som er viktigst, men tilgang på tjenester for gruppen med torturerfaringer». Noen informanter beskrev at både tilbudet og tilgjengeligheten er bedre for mindreårige. Som vist i kapittel 2 har barn også særlig sterk rett til rehabilitering etter barnekonvensjonen. Et par av fagmiljøene vi var i kontakt med, hadde utviklet rutiner for å sikre at voksne med torturerfaring fikk tilgang ved henvisning til spesialisthelsetjenesten. De oppnådde dette gjennom et juridiske skriv som ble lagt ved henvisningen. Dette er eksempler på praksis som utvikler seg ved ulike tjenestesteder og av ulike fagfolk for å sikre seg at denne gruppen får de tjenestene de har krav på. Det sier videre noe om variasjonen i vurdering av hva gruppen faktisk har krav på.

Tilrettelagt tannhelse som et spesialisert tilbud for torturutsatte

Informantene fremhevet viktigheten av TOO. Allikevel var det en generell bekymring at tilbudet er relativt ukjent, og at mange torturutsatte derfor ikke får mulighet til å benytte seg av det. Vi kontaktet de regionale odontologiske sentrene og spurte om de hadde noen refleksjoner rundt antall torturutsatte (cirka to prosent av pasientpopulasjonen).⁷⁷ Fire sentre ga konkrete svar. Det ene beskrev en aktiv tilnærming, men at rekruttering er vanskelig. Dette ble begrunnet med at når man endelig er ferdig med en uavklart situasjon (blitt innvilget opphold), så skifter fokuset til å etablere seg. Dette var også observasjoner som noen informanter hadde gjort

med tanke på behandling generelt. Disse beskrev at det ved bosetting er mange som ønsker å se fremover og legge det vanskelige bak seg. Et par sentre fortalte at gruppen som blir henvist, ikke lider av odontofobi, at man ønsker tannbehandling, ikke eksponeringsterapi. Som beskrevet i kapittel 3, varierer tilbudet gjennom TOO i praksis etter hvordan den enkelte fylkeskommunen velger å organisere tilbudet. Ifølge informasjonen vi fikk tilgang til, tilbyr noen fylkeskommuner bare angstbehandling; andre tilbyr full rehabilitering av tennene, og de fleste tilbyr noe midt imellom.

En informant understrekte at angstbehandling og kontakt med psykolog kan virke skremmende. Stillhet rundt det som har skjedd kan representere en mestringsstrategi; det kan også være et ønske om å spare andre (Jakobsen et al. 2007). Resultatet kan bli en felles fortelse. Et av de odontologiske sentrene som svarte, beskrev manglende kunnskap om rettigheter og tilbudet blant de som kan henvise. Et annet av sentrene som delte sine refleksjoner, antok at det lave antallet torturutsatte pasienter handler om at de som blir henvist, er asylsøkere, en gruppe som ikke har tilgang til TOO; og at andre blir behandlet innenfor det private eller det offentlige og derfor ikke blir henvist. Forespørsler om tannbehandling kan komme fra og dekkes av NAV, og NAV-ansatte vet ikke nødvendigvis om vedkommende har vært utsatt for tortur og bør henvises til TOO. Et annet aspekt er lang ventetid i noen fylker. Dette kan føre til at akutt tannbehandling uansett gjennomføres av andre.

Noen informanter viste til at tenner ofte blir oppfattet som noe «annet» innenfor helsevesenet. Disse pekte på viktigheten av at fagfolk innenfor både fysisk og psykisk helse henviser til tannbehandling generelt og TOO spesielt, og at tannleger henviser videre på bakgrunn av torturskader. Også blant torturutsatte selv kan det være usikkerhet knyttet til dette med tenner og tannhelse: Mangel på informasjon kan bidra til at tannhelse oppfattes som noe «annet», for eksempel i forhold til betaling, slik at de ikke tar opp problemer med tennene med andre enn tannpersonell. Opplevelsen av hvordan rehabiliteringstilbudet i sin helhet er organisert kan påvirke hvordan spesialiserte tilbud blir oppfattet; det kan oppleves som både krevende og ulogisk for pasienten å måtte forholde seg til mange forskjellige behandlere, slik som en psykolog i TOO og en annen psykolog innenfor psykisk helsevern.

Behov for en annen type tilnærming i møte med torturutsatte

Informantene i denne kartleggingen uttrykte nødvendigheten av et tilbud som responderer på sammensatte behov og gir en helhetlig tilnærming. Flere løftet frem viktigheten av først å respondere på basale behov og viste til eksempler på at pasient/bruker kunne ha problemer som mangel på mat. Disse beskrev betydningen av å ha en helhetlig forståelse og en mulighet til å handle ut fra det som fremstår som sentrale behov. Flere informanter beskrev viktigheten av fleksibilitet og

muligheten til å «gå inn i folks liv». Ofte kan dette medføre at en strekker seg lenger enn det som var forventet av dem, og troverdighet ble påpekt som viktig. En informant med bakgrunn som klinisk sosionom beskrev det slik:

Jeg går nok litt utenfor de vanlige prosedyre, men tenker at det er en viktig del av jobben for å hjelpe. De har så lite støtte rundt seg. Helt alene. Det å gjøre det lille ekstra som kanskje er veldig vanskelig for hen, men det koster ikke meg så mye. Det kan jo kanskje bety en forskjell. Da kan vi forsvare det innenfor vårt oppdrag.

Behandlere som hadde en slik tilnærming, sa at sjansen var større for å fange opp og hjelpe dem som trenger det mest. Som en behandler i spesialisthelsetjenesten understrekte:

[Torturutsatte] må ha en behandler som er i stand til å se, og en som er i stand til å spørre og en med kunnskap. De må også ha en behandler som kjenner såpass til systemene at vedkommende er i stand til å kanalisere personene videre til de mulighetene som er.

Våre informanter vektla også betydningen av å ha en åpen dør-praksis og en relasjon der pasient eller bruker føler seg fri til å ta kontakt. Ofte vil det være behov for langvarig oppfølging (Quiroga og Jaranson 2005), og det er viktig å kunne komme tilbake i dårlige perioder (Hjemdal 2006; Quiroga og Jaranson 2005).

«Symptomene til folk holder seg ofte ikke innenfor et fagfelt.»

– Informant

Mange av informantene beskrev det ideelle rehabiliteringstilbudet som et tilbud med «én dør inn» til hjelp. Dette handler ikke bare om tilgang til tverrfaglige team, men også om muligheter for en helhetlig tilnærming som inkluderer pårørende. Det handler om at man ved behov kan kartlegge andre familiemedlemmer uten å skrive alvorlige henvisninger. En informant beskrev hvordan «en dør inn» påvirker den kliniske muligheten:

Vi ser at folk gjerne har behov for hjelp fra mer enn en bestemt faggruppe. Det at du kjenner en person fra at du har journalen, vet hva som er

problemet på andre områder, kjenner bakgrunnshistorien og ser hvordan et problem kan gi utslag på mange forskjellige områder. Du kan ha søvnproblemer som du snakker med psykologen om, og så kan du ha smerter som fysioterapeuten hjelper med, og så kan du ha mageproblemer som du får hjelp med av legen. Symptomene til folk holder seg ofte ikke innenfor en fagfeltsområde. Og da blir det lettere å få helhetsbilde av pasienten. Og tror det er fint for pasienten at ja, her kjenner de hele meg.

Noen informanter påpekte hvordan tverrfaglighet og kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan bli ivaretatt gjennom samlokalisering, og hvordan dette kan senke terskelen for kommunikasjon mellom tjenester.

Viktigheten av en oppsøkende tilnærming ble fremhevet. Dette kan innebære en villighet til å møte pasienter utenfor klinikken, eller at man for eksempel er til stede ved en voksenopplæring og informerer. I *Nasjonal veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente IS-1022* anbefales «en aktivt oppsøkende tilnærming» (Helsedirektoratet 2015a). En slik tilnærming kan påvirke helsekompetansen og kan fostre tillit. Noen etater vi var i kontakt med, hadde en struktur (institusjonalisert tilnærming) for en mer oppsøkende tilnærming; andre steder handlet det om en kultur (praktisk tilnærming). Flere informanter påpekte viktigheten av at tilbud er forankret på ledernivå og derfor institusjonalisert, som «dette er noe vi tilbyr».

Systemforståelse, kulturkompetanse og helsekompetanse

Informantene anså systemforståelse og kommunikasjonsferdigheter som viktig. En informant med bakgrunn som psykiatrisk sykepleier, beskrev dette slik:

Jeg er opptatt av å lære mine kollegaer som ikke kjenner systemene godt. Fordi når du kommer helt ny med en flyktningpasient så er det veldig mye du ikke vet, både når det gjelder utlendingslovgivning og økonomi, lovverk, og ikke minst helse. Mye du trenger å skaffe deg oversikt over som du ikke har med de andre pasientene.

Flere påpekte også viktigheten av kulturkompetanse. De beskrev hvor viktig det er ikke å oppfatte kultur som noe statisk, men å ha et fokus på den enkelte og deres posisjonering. En informant med bakgrunn som psykolog beskrev hvordan andre forklaringsmodeller kan bli oppfattet og tolket av det norske helsevesenet, og hvilke konsekvenser dette kan få: «Ja, det å si til en sånn pasient at, 'hør, *djinner* eksisterer ikke.' Det blir det ikke så mye rehabilitering ut av. Det er viktig med kulturforståelse og kompetanse.» Forklaringsmodeller kan også være spesifikt bundet opp i hvordan man forstår og løser problemer innad i familier. I alle samfunn er det flere «sektorer» som er involvert i helsetjenester: «privat sektor, folkelig sektor og profesjonell sektor. Den første utgjøres av lekfolk (familie/

sosialt nettverk). 70–90 prosent av spørsmål som gjelder sykdom og behandling løses her, ifølge Kleinman (1980)» (Alpers 2017, s. 21).

En forståelse av helsevesenet og helsekompetanse er også svært viktig. Hvorvidt man er vant til å gå til legen, og hvordan man forstår behandling, kan påvirke tilgang til og muligheter for rehabilitering. Flere av informantene beskrev tabuer knyttet til psykisk helse i noen innvandremiljøer. De så dette som en stor utfordring som kan føre til stigma, taushet og fortielse. Mens noen informanter opplevde at noen grupper i mindre grad benytter seg av psykisk helsevern, opplevde andre at dette i realiteten avhenger av utdanningsbakgrunn, urbanitet og forståelse for vestlig helsevesen. Informantene var også oppmerksomme på hvilken rolle alternative behandlingsformer kan ha. En informant med bakgrunn som psykiater beskrev det slik: «Vi kan ikke stå på hodet og gi tradisjonelle behandlingstilbud. Men vi burde kjenne til det og hva de forventer, og kunne hjelpe dem å sortere hva som er mulig/umulig i Norge.»

Noen må ta ansvar for den sosiale rehabiliteringen.

Koordinering og sosial rehabilitering

To yrkesgrupper og funksjoner ble beskrevet som svært viktige, men mer eller mindre fraværende i rehabiliteringstilbudet for torturutsatte: personer som kunne ha en los-funksjon (koordinering) og sosionomer (som jobbet som sosialarbeidere). Flere informanter fra spesialisthelsetjenesten hadde tatt på seg disse rollene. Dette handlet om å hjelpe den torturutsatte med å navigere tilbudet og systemet.

Los-funksjonen er påpekt som viktig i rehabiliteringstilbudet for torturutsatte; nettopp dette å «[h]a en enkelt profesjonell som fungerer som saksmanager, og tar ansvar over tid for pasienten og integrer en rekke behandlinger og tjenester» (Quiroga og Jaranson 2005, s. 45).⁷⁸ Manglende koordinering kan lett resultere i et fragmentert tilbud.⁷⁹ Fastlegen skal i utgangspunktet koordinere all aktivitet rundt en pasient, men de mangler gjerne kunnskap om torturutsatte som gruppe (RVTS 2014). Konsultasjoner hos fastleger er også korte, noe som kan representere en utfordring både med tanke på innhold og økonomi. Det er behov for en videre studie som tar for seg fastlegers erfaring med torturutsatte.

Sosial rehabilitering ble sett som svært viktig av informantene, men flere uttrykte at de opplevde dette som nedprioritert. Sosionomkompetansen var kanskje den mest etterspurte fagkompetansen. En informant, utdannet psykolog, satte dette på spissen: «det en sosionom kan bidra med er viktigere enn det en psykolog kan bidra med». Flere informanter beskrev et behov for at noen tar ansvar for den sosiale rehabiliteringen; noen som har den nødvendige sosialarbeiderkompetansen. Det er mange sosionomer innenfor psykisk helsevern, men de er gjerne kliniske sosionomer. En informant beskrev behovet for sosialarbeiderkompetansen slik:

Mange av problemene som blir med inn her, hva skjer i asylsaken, når skal jeg flytte, hvor skal jeg bo, kan det være på den ene eller andre måten, spørsmål som handler om systemer og hvor jeg i utgangspunktet ikke har 100 prosent overblikk. Jeg er ikke egentlig skodd for å ha den rollen, og det tar også tid vekk fra det som egentlig [er jobben min]. Jeg synes det er veldig nyttig når mange av de oppgavene er ivarettatt av en annen person som både har mer erfaring og kjennskap til det, og som også kan bidra til at når de kommer til terapi så er det det som gjelder.

– Psykolog

Det var tydelig at mange behandlere så på det å rydde og administrere i saker, og bistå med praktiske ting, som en viktig del av behandlingen og som en del av det å bygge relasjon og allianse. Som en psykolog påpekte, handler dette om at «noe av det første du skal gjøre i behandling er å sørge for at du hjelper folk slik at de føler at de har det bedre». Allikevel opplevde noen egen systemforståelse som manglende. Disse etterlyste andre med mer systemkompetanse; noen som «kjenner til virkelighetene og mulighetene som finnes», som beskrevet av en annen informant som også har bakgrunn som psykolog. Definisjonen av og tilnærmingen til sosial rehabilitering er svært viktig for å forebygge negative konsekvenser for levekår og livskvalitet.

Aktivitet, fellesskap og normalitet

Aktiviteter, fellesskap og en følelse av «normalitet» blir fremhevet som viktige komponenter i rehabiliteringstilbud for torturutsatte. Dette er med på å skape mening og mestring, noe som kan bidra til å styrke helsesituasjonen. En informant beskrev det slik: «Når livet har et positivt innhold og man kan se for seg en fremtid så virker det helende på torturskader». Informantene beskrev viktigheten av aktivitet, og det ødeleggende med inaktivitet generelt, og spesielt for mennesker med torturerfaringer. De beskrev aktivitet som å gjøre noe som betyr noe, noe som gir mening; å bidra, ikke sitte og la tankene kverne; å være del av samfunnet og gjøre noe for andre.

Behovet for miljøterapeutisk og psykososial oppfølging, omsorg og aktivitet ble fremhevet som sentralt og uavhengig av oppholdsstatus. Tortur påvirker

relasjoner (Patel, Kellenzi og Williams 2014). Flere informanter fremhevet faren for at torturutsatte og deres familier blir isolert. En informant med bakgrunn som psykiater beskrev det slik: «Mange torturutsatte jeg har truffet har fått en trygd, har satt seg i en liten hybel og sitter der i mørket for seg selv. Det er ganske mye sosial rehabilitering som skal til for å få et verdig liv». Sosial rehabilitering av torturskader handler også om rehabilitering inn i samfunnet (Quiroga og Jaranson 2005). Dette kan forstås som å være del av et fellesskap. En informant som er psykolog, beskrev fellesskap som spesielt viktig for mennesker med torturerfaringer: Gjennom tortur blir man umenneskeliggjort, gjennom fellesskap blir man menneskeliggjort. En annen påpekte at det er «allment kjent at mange er isolert og inaktive og møter ikke andre, og det er en faktor i å opprettholde lidelse.»

Informantene påpekte viktigheten av å bli «møtt» på en god måte, og at dette er en essensiell del av hvordan man har det. De små tingene i hverdagen ble fremhevet. En oppsummerte det slik:

Å ha hyggelige naboer. Foreldre til barn som går i klassen til dine barn. Å bli kjent med noen i Norge. Få være med på et normalt liv og fritidsaktivitet hvor ting funker og er helt normalt. Det må være noe av det som reparerer aller mest.

– Psykolog

Det handler altså også om en følelse av «normalitet». Som allerede poengtert er psykoedukasjon en viktig del av rehabiliteringen. Psykoedukasjon handler om en bevisstgjøring av normale reaksjoner og plager etter unormale opplevelser – altså en normalisering. I tillegg beskrev noen informanter viktigheten av at man ikke bare blir sett som en person som har opplevd tortur eller som har en lidelse, men som et helhetlig menneske med ressurser. Normalitet dreier seg i tillegg om praktiske aspekter i hverdagen som innebærer gode rammer for søvn, mat, aktivitet og sosialt samvær. Dette er styrkende i seg selv. Det kan også være nødvendig for å kunne nyttiggjøre seg et behandlingstilbud. En informant oppsummerte sammenhengen med behandling slik:

Som mennesker er vi skapt for å tåle en del, ikke alt, men en del, og de ressursene får vi best tilgang på når vi har en god døgnrytme, vi spiser når vi skal, sover når vi skal, vi har aktivitet, vi er ute, vi er sosiale og gjør ting. Alle ting som kan bidra til en normal døgnrytme og et tilsynelatende normalt liv er veldig bra fordi det bygger opp den styrken som du trenger for å på et eller annet tidspunkt, legge ting bak deg og få en liten pause, det er det ene, men også å kunne jobbe psykoterapeutisk med traumeerfaringer er veldig krevende. Du må bygge opp den energien et sted.

– Forsker

Asylfasen representerer en spesiell fase. Asylfasen er en fase der inaktivitet og unormale opplevelser kan bli svært merkbare. Asylprosessen er karakterisert av passivitet, usikkerhet og mangel på kontroll på det mest grunnleggende. Inaktivitet (Lavik et al. 1996), usikkerhet og utrygghet har en negativ effekt på psykisk helse (Patel, Kellenzi og Williams 2014). Dette kan være spesielt akutt for mennesker med torturerfaringer.

Mottaks- og ventetiden er passiviserende til de grader. For torturutsatte kan de bli dobbeltpassiviserende fordi indre torturbetingende prosesser som gjør at ens følelse av seg selv som agent i eget liv blir veldig angrepet av tortur, og det fortsetter hvis ingenting skjer.

– Psykiater

Pårørendeperspektivet

Tortur kan være svært inngripende for pårørende. En informant som er utdannet fysioterapeut, fortalte: «Mann tok med ektefelle og hun kunne hele historien, hvordan han var torturert, hun beskrev alt. Hun har *opplevd* tortur uten å bli torturert». Dette pårørendeperspektivet eller familieperspektivet ble fremhevet som viktig av informantene, og et område hvor de nærmest utelukkende påpekte forbedringspotensial.

Majoriteten av informantene i denne kartleggingen jobbet med voksne. Fokuset på familieperspektivet var derfor gjerne rettet mot foreldrerollen eller familien som helhet. Noen beskrev også hvordan man kan jobbe via foreldre mot barna, for eksempel gjennom psykoedukasjon, som gjør foreldre bedre rustet til å snakke med barna om vanskelige tema. Det kan også være at foreldre fungerer som «dørvoktere», slik at deres tillit er utslagsgivende for om de oppsøker og tar imot hjelp til sine barn. Flere informanter beskrev at foreldre gjerne er av den oppfatningen at barna deres ikke vet noe, eller at de har glemt. Hvis de senere innser at barna vet mer enn de tror, skaper dette en sterk og vanskelig skyldfølelse ifølge behandlere. Samtidig ble det påpekt at barna ikke vil belaste foreldrene sine og derfor går alene med tanker og utfordringer knyttet til konsekvensen av å ha sterkt traumatiserte foreldre. Dette samsvarer med tidligere forskningsfunn (Johansen og Varvin 2019). I familier der noen har vært utsatt for tortur er det viktig å forebygge en videreføring av traumene (Sveaass og Reichelt 2001).

Familiehemmeligheter er et tema som går igjen. En annen dimensjon er der hvor behandling i seg selv er en hemmelighet. Dette ble ofte forklart av informantene som et resultat av at den torturutsatte følte skam, stigma, var redd for å bli oppfattet som gal, og at det gjorde så vondt at de ønsket å skjeme andre mot det. Flere informanter påpekte viktigheten av å snakke sammen, å forholde seg til temaet og med tiden, muligens lage «en felles historie», og at dette er en prosess som man kan trenge støtte til. En informant beskrev det slik:

Snakk om det som har skjedd. Ikke ha familiehemmeligheter. Hvis dere ikke snakker, blir barna gående alene. Hvis du ikke forklarer hvordan du reagerer så kommer barna likevel til å sanse at du reagerer, og kommer til å prøve å finne sine forklaringer.

– Psykolog

Informantene så det som viktig at familier får hjelp til å nærme seg vanskelige tema. Dette handler både om å ta høyde for den transnasjonale familien, å få innsikt i hvem som er med i familiebeslutninger, men også å tilnærme seg mulige andre familiestrukturer og familiehierarkier og skape god dialog. En informant med bakgrunn som psykiater beskrev det slik:

Jeg synes det er kjempeutfordrende å jobbe med familier når det er traumehistorier, fordi det ene er at de har så enormt behov for å beskytte hverandre, og det andre er at hierarkiet i familien gjør at barn ikke tør å si imot foreldre, slik at hvis man tror at man skal sitte på demokratisk vis i Norge og snakke om familieråd og snakke masse om det her, det funker ikke. Man må jobbe annerledes i forhold til det.

Slike erfaringer og innsikt viser hvor viktig det er å ivareta et familie- og pårørendeperspektiv i rehabiliteringsarbeidet med torturutsatte.

Tolketjenester

Gode tolketjenester er en forutsetning for et likeverdig helsetjenestetilbud (Alpers 2017); det «øker rettsikkerheten og trygger liv og helse» (Barne- og familiedepartementet 2015). Forskning viser at tolkning kan være avgjørende for at traumatiske opplevelser blir kommunisert til og fanget opp av relevant helsepersonell (Høyvik, Lie og Willumsen 2019). Gode tolketjenester handler om kompetente tolker med formelle kvalifikasjoner i tolkning.⁸⁰ Tall fra en undersøkelse blant tolker i Nasjonalt tolkeregister i 2018 viser at det bare benyttes kvalifiserte tolker i fire av ti tolkeoppdrag i offentlig sektor (IMDi 2018a).⁸¹ I tillegg til behovet for tolk kan det også være behov for kulturelle brobyggere (Hanssen og Alpers 2010). Tolketjenester og tolkebruk var gjennomgående temaer i våre intervjuer. Selv om helsetjenesten har plikt til å bruke tolk ved behov for pasienter med begrenset norskkunnskaper (Helsedirektoratet 2011), beskriver noen informanter fra helsevesenet direkte og indirekte barrierer for tolkebruk. En ga eksempler på at man kan bli møtt av tjenesteapparatet med latterliggjøring hvis man ber om tolk etter lang tid i Norge. En annen beskrev indisier på å begrense tolketilbudet av budsjett hensyn.

Informantene hadde mange eksempler på godt tolkesamarbeid. Likevel blir manglende tilgang på kvalifiserte tolker løftet frem som en stor utfordring. Dette

er også en utfordring Helsedirektoratet (2018) kjenner til. Tolketjenester til det offentlige helsevesenet er lagt ut på anbud, bortsett fra ved Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Sunnaas sykehus (ibid.).⁸² Noen informanter viste til konkrete eksempler der de så seg nødt til å avbryte en konsultasjon på grunn av utilfredsstillende språkkunnskaper. Flere informanter på tvers av helsevesenet forteller at de fører egne lister over tolker de foretrekker å jobbe med. Noen fortalte oss også at de gjennomfører stikkprøver med kollegaer som har samme språkkompetanse for å sikre at språkforståelsen og tolketjenesten ivaretar pasientens kommunikasjonsbehov. Noen informanter ønsket seg, og noen hadde erfaring med, brobyggere eller kulturkonsulenter i arbeidet med torturutsatte.⁸³

Tolkebruk

Flere informanter beskrev det de anså både som en mangel på grunnleggende kompetanse i tolkebruk og en vegring blant tjenesteapparatet til å benytte tolk. Mengdetrening ble fremhevet som viktig for å erverve nødvendig kompetanse og trygghet. En informant pekte på manglende kunnskap om retningslinjer, lovverk og finansiering i tjenesteapparatet og påpekte at mange fortsatt bruker familiemedlemmer som tolk, noe som ikke anbefales av norske myndigheter (IMDi 2018b).

Flere informanter vurderte manglende kunnskap om temaet tortur, fagterminologi og behandlingsforløp som kompliserende faktorer for gode tolketjenester på dette feltet. De spesielle vanskelighetene som kan oppstå i en tolket samtale når pasienten har vært utsatt for tortur, er også omtalt i litteraturen (OHCHR 2004; Hjemdal 2006). En informant påpekte at det har vært mye å si at tolken har erfaring fra helsevesenet. Noen etterlyste derfor tolker med spesialkompetanse. Forskning viser at tolker kan oppleve at de får for lite informasjon i forkant, og at dette påvirker muligheten til å gjøre en god jobb (Hanssen og Alpers 2010). Det kan derfor være viktig å avklare med tolken på forhånd hva man ønsker å oppnå ved konsultasjonen.

Et annet aspekt som flere informanter løftet frem, var fravær av rutiner som ivaretar tolken. Dette handler om en erkjennelse av at tolkning kan være utfordrende på mange måter. Det kan dreie seg om tortur som tema, men også om at tolken kan ha sine egne erfaringer med tortur. Tolken kan i likhet med andre ha behov for veiledning (Hjemdal 2006) og et fagmiljø.

Med bakgrunn i disse observasjonene er en sterkere oppmerksomhet på tolker, både tilgang på erfarne tolker og kompetanseheving når det gjelder samtaler med personer med torturerfaringer, av stor betydning for å kunne sikre et fullgodt tjenestetilbud til torturutsatte.

Ikke kun én med felles språk

Det ble løftet frem som en reell utfordring at den torturutsatte ikke alltid ønsker tolk. For noen kan miljøet de er del av eller kommer fra, være lite i Norge, noen

ganger altfor lite. Tillit og fortrolighet er også viktig i relasjonen mellom pasient og tolk. Det er mange markører som kan utfordre en slik tillit: «tolkens identitet og etniske, kulturelle og politiske tilknytning er viktige hensyn» (OHCHR 2004, s. 52). Det kan være markører som tjenesteapparatet ikke er kjent med. Kjønn og holdning/empati kan også være særlig viktig i samspillet mellom pasient/bruker og tolk. Det er derfor viktig å få tolken godkjent av pasient/bruker. Informantene hadde forskjellige strategier for dette og var oppmerksomme på at svarene de fikk, kunne være påvirket av tolkens tilstedeværelse. En informant med bakgrunn som tannlege beskrev en ordning der kun behandling, ikke helseproblematikk, ble diskutert via tolk i henhold til pasientens ønske. En annen med bakgrunn som psykolog beskrev hvordan de brukte tid uten tolk for å få bekreftet om den gitte tolken var godkjent. Når man får godkjent tolken, er kontinuitet i behandlingsforløpet viktig (Bimer 1998; Hjemdal 2006).

Flere informanter påpeker at selv om en pasient kan norsk godt, så betyr ikke det at de kan uttrykke seg like godt om helseproblematikk – da er det gjerne morsmålet som gjelder. Noen informanter søkte en gradvis overgang til norsk, mens andre foretrakk at tolk ble brukt uansett. Morsmålet kan gi andre og bedre behandlingsmuligheter. Samtidig er det også en risiko for at morsmålet og eventuelle andre språk kan trigge traumer på grunn av forbindelsen mellom språk og hukommelse (Varvin 2003).

Telefontolk og fremmøtetolk

Informantene forteller både om fordeler og ulemper med telefontolk og fremmøtetolk. Telefontolking blir opplevd som mer anonymt, og at pasienten derfor kan føle seg mindre utsatt. Allikevel beskrev flere at det kan være svært vanskelig å gjennomføre visse typer konsultasjoner via telefontolk, fordi det er behov for visualiseringer og synlig kommunikasjon.

Å VÆRE HJELPER I BEHANDLING AV TORTURSKADER

Det å være aktivt engasjert i arbeidet med rehabiliteringsoppgaver overfor personer med torturerfaringer kan være belastende også for helperne (se liste a-h i OHCHR 2004, s. 51). Hoveddelen av denne kartleggingen har fokusert på selve behandlings- og rehabiliteringstilbudet for torturutsatte. I denne delen utforsker vi hvordan tjenesteutøverne opplever det å være i en yrkesmessig situasjon der de tilbyr ulike former for behandling og rehabilitering av torturskader. Informantene ble stilt to konkrete spørsmål på dette temaet: *Hvordan påvirkes du av å stå i dette arbeidet over tid? Hva har du gjort for å «holde ut» i dette arbeidet?* De løftet frem særlig tre forhold i sine refleksjoner: engasjement og mening, hva som oppleves som det vanskeligste, og viktige komponenter for å stå i arbeidet på en god måte.

Engasjement og mening

Mange av våre informanter løftet fram at de opplevde arbeidet med torturutsatte som meningsfylt, både som fagperson og menneske. Dette kom til uttrykk på flere nivåer og på ulike måter og kunne ses i forhold til den enkelte torturutsatte som pasient/bruker, andre aktører og instanser, systemer og rettigheter, og fagmiljø og større bevegelser lokalt, nasjonalt og internasjonalt.

På individnivå understrekte flere informanter at de opplevde arbeidet som meningsfylt fordi de så arbeidet sitt som et bidrag til å bedre menneskers situasjon i vanskelige livsfaser. Dette handler om det kliniske arbeidet, men også om at folk får sine rettigheter oppfylt – direkte gjennom arbeid i enkeltsaker og indirekte gjennom undervisning og kompetanseheving. Det handler om ikke å stille seg passiv overfor lidelse eller rettighetsbrudd, men å delta i en aktiv prosess som bidrar til endring. Kjennskap til den videre prosessen og reell tilbakemelding på utfallet av innsatsen man la ned, ble fremhevet som positivt.

Informantene fremhevet også arbeidet som personlig meningsfylt og beskrev det som «inspirerende», «lærerikt», «givende», «interessant» og «spennende». Dette handler om å være vitne til menneskers overlevelseskraft. En informant med bakgrunn som psykiater beskrev det slik: «Det gir meg så ekstremt mye å se hvor lite som egentlig skal til for at noen skal oppleve å få hjelp, å bli sett, å bli hørt, å bli anerkjent». Arbeidet inkluderer menneskemøter, nye perspektiver og innblikk i verdensbildet. Det handler også om å være del av et større fellesskap med en felles forståelse, anerkjennelse og tro på at torturrehabilitering er viktig. Dette handler i tillegg om å være del av et større fellesskap og en tradisjon med en verdensomspennende kamp mot tortur.

Det vanskeligste

Informantene beskrev noen utfordringer med å være helper i møte med mennesker som har opplevd tortur som større enn andre. Disse handlet ikke nødvendigvis om tortur som tema. Selv om tortur ble beskrevet som ondskap ut over det utenkelige, ble det også påpekt at tortur oppleves som noe som skjer langt borte. En slik opplevelse skaper en distanse, og i denne distansen ligger det en beskyttelse, i motsetning til «norske» traumer. Snarere handlet det vanskeligste om møtene med systemet, både internt ved egen arbeidsplass og med andre viktige aktører i rehabiliteringstilbudet, offentlige og politiske debatter og fordommer, og om å stå alene i arbeidet. Det handlet altså om den avmakten man kan kjenne på som helper. Det kunne også handle om forventinger man selv og andre har til hva man kan utrette. Dette kan være forbundet med en systemforståelse der tjenesteutøverne blir regnet for å ha større innflytelse enn de reelt har. Noen informanter

påpekte viktigheten av utholdenhet, samtidig som man bør være realistisk på at man ikke alltid vil oppnå resultat, og at gruppen er del av et felt som kan involvere flere forvaltningsregimer og tjenester (for eksempel utlendingsmyndighetene, mottakssystemet og helse-, sosial- og velferdstjenester), noe som kan være kompliserende.

«Du holder fast i folk som vil ta livet sitt.
Jeg kan ikke sloss på to fronter, både med
en suicidal pasient og med systemet.»

– Ansatt i spesialisthelsetjenesten

Flere informanter opplevde møtet med systemet i rehabiliteringsarbeidet som en stor utfordring. De beskrev en avmakt som kunne gjøre dem motløse, og som i seg selv representerte en belastning. Man opplevde det som frustrerende ikke å kunne imøtekomme behov. Noen hadde arbeidsforhold som var mer sårbare for konjunkturer i ankomster og bosettinger. Dette kunne føre til at man fikk målgruppens frustrasjoner, sinne og håpløshet tettere innpå seg, og at man opplevde usikkerhet rundt hvor lenge man vil beholde denne jobben. Andre opplevde at ramene som gjorde det mulig å gjøre en god jobb, sto i fare eller var fraværende. Slike forhold førte til usikkerhet og ustabilitet og virket tærende. En informant i spesialisthelsetjenesten beskrev det slik: «Du holder fast i folk som vil ta livet sitt. Jeg kan ikke slåss på to fronter, både med en suicidal pasient og med systemet».

Utfordringer med systemet gjorde seg gjeldende uavhengig av oppholdsstatus. Frustrasjonen hadde imidlertid en annen karakter når den torturutsatte hadde usikker oppholdsstatus, og når informantene opplevde at de sto i fare for *refoulement*. En informant med bakgrunn som sosionom beskrev kombinasjonen av møte med systemet med mangel på opphold slik:

Det er tøft å stå i denne jobben over tid. Tøft å oppleve det som er så vanvittig urettferdig, å være vitne til så meningsløs lidelse. Det er ganske tungt. [...] Å se at torturofre går helt til grunne, bare blir dårligere og dårligere og ikke gis opphold, og ikke kan de reise hjem igjen opplever de selv i hvert fall. De sier jo: da vil jeg heller dø.

Den offentlige og politiske diskursen rundt flyktninger var et tema som flere trakk frem som særdeles vanskelig. De pekte på en hardere debatt, på politiske og

samfunnsmessige endringer som resulterte i mistenkeliggjøring, og som reduserte individer til verdige eller uverdige, og at befolkningen man jobbet med, «vet at de er uønsket». Noen informanter pekte også på fordommer, skepsis, fremmedfrykt og diskriminering innad i hjelpeapparatet og beskrev hvordan mennesker med torturerfaringer er en upopulær gruppe i helsevesenet. Opplevd diskriminering og rasisme har en negativ effekt på rehabiliteringsmuligheter og -tilbud (Patel, Kellenzi og Williams 2014). Fordommer representerer en klar barriere for et godt rehabiliteringstilbud. Mistenkeligheten og ambivalensen som flyktninger kan bli møtt med, kan ha sterk innvirkning på rehabiliteringen deres (Varvin 2003, s. 25):

Mange overlevere kan berette at det verste var at de ikke ble støttet av dem de hadde regnet med. En flyktning som opplever mistenkeliggjøring, et uvennlig byråkrati, avslag på asylsøknaden, avslag på boligsøknaden, avslag på økonomisk støtte, avslag på trygdesøknaden, rasisme, fremmedfrykt, kan få et nytt traume, et som rammer den grunnleggende tilliten, og som kan føre til bitterhet. Flere har sagt at: det er verre enn fengselet og torturen.

Den større behandlings- og rehabiliteringskonteksten spiller derfor inn og kan være svært inngripende, både for den torturutsatte og for hjelperne som arbeider i dette feltet.

Å kunne stå i arbeidet på en god måte

For å kunne være hjelper i møte med torturutsatte på en god måte fremhevet informantene betydningen av gode fagmiljø og kollegastøtte, bevissthet for egne grenser, kompetanse og faglig utvikling og variasjon i jobben, som viktig.⁸⁴ Denne delen kan også sees i sammenheng med støttefunksjonene beskrevet i kapittel 5.

Team, fagmiljø og kollegastøtte

I arbeidet med torturutsatte er det viktig å jobbe i team og ha noen å diskutere med (OHCHR 2004; Quiroga og Jaranson 2005). Å være del av et team og fagmiljø handler om å kunne jobbe sammen og støtte hverandre, gjennom å dele og diskutere saker, men også gjennom faglig samarbeid. Slik opparbeider man i tillegg kompetanse og kan speile hverandre. Det handler også om å være i en sammenheng der det finnes forståelse for fagområdet, et miljø med en «kultur» for å jobbe med gruppen, og at man blir tatt på alvor. Teamets stabilitet, at man føler seg trygg på kollegaer, kan være seg selv og være del av et fellesskap der det er rom for uenigheter, ble opplevd som spesielt positivt. En informant med bakgrunn som psykolog oppsummerte de mangefasetterte aspektene med å være del av et team og fagmiljø slik: «Vi bruker hverandre til det kliniske ut ifra våre egne behov der og da – nå må jeg ha råd, trøst, hjelp, noen med meg i behandlingsrommet...»

Bevissthet for egne grenser og å søke støtte

Bevissthet for egne grenser og evne til å søke støtte ved behov ble også påpekt som viktig. Det å jobbe med sterkt traumatiserte mennesker kan ha en effekt: «Å høre detaljer om tortur kan føre til sekundære traumesymptomer» (OHCHR 2004, s. 20). Det kan være vanskelig å ta hensyn til egne grenser. Quiroga og Jaranson (2005, s. 58) peker nettopp på dette:

[...] et spørreskjema sendt til 99 adresser fra en IRCT-liste over behandlingssentre og andre. Tjuefem fullførte spørreskjemaer representerte 310 ansatte [...] Mindre enn 3% av terapeuter forlot sine sentre fordi arbeidet var for vanskelig følelsesmessig, men 17% led av følelsesmessig utbrenthet og tretthet. Klare PTSD-symptomer ble funnet hos 11% av terapeuter og depresjon hos omtrent 8%.

Et par informanter oppfattet ikke sekundærtraumatisering som en særlig risiko i psykisk helsearbeid generelt eller spesielt i arbeidet med torturutsatte. Men de fleste anerkjente en slik risiko, og at man blir påvirket, og at det er viktig med selvivaretakelse for å unngå utbrenthet og slitasje. Informantene uttrykte stort engasjement, men noen påpekte også at det ligger en spesiell fare i å være en «ildsjel», og at konsekvensene ikke bare er uheldige for en selv, men også for den som har opplevd tortur.

Noen mennesker er veldig opptatt av å imøtekomme alvorlige helseproblemer og gjøre noe med det, og har et sterkt menneskelig engasjement. Og det menneskelige engasjementet kan være risikabelt hvis man ikke greier å begrense seg selv og sette rammer for sin egen aktivitet. Er det noe torturutsatte har opplevd så er det mangel på rammer, trygghet og forutsigbarhet, og det er noe av det viktigste vi som helsepersonell kan gi dem, og da må vi passe på at vi greier å holde rammer selv og ikke strekker oss for langt.

– Psykiater

Flere informanter snakket om at man kan være mer sårbar i visse perioder, og at ting som kommer frem i møte med pasient/bruker kan være triggerende for en selv. Dette gjelder uavhengig av bakgrunn, men kan få en annen karakter der vedkommende selv har fluktbakgrunn. Noen informanter fremhevet derfor viktigheten av å tilby debriefing, kollegastøtte og kursing. Noen informanter beskrev også viktigheten av å holde en emosjonell avstand og kun ha fokus på det man kan gjøre noe med, viktigheten av å skjerme seg, ikke å bli overengasjert, å ha fokus på det gode og ha et godt og meningsfylt liv utenfor jobb.

Tilgang til veiledning og rådgivning

Et svært viktig aspekt i arbeidet med torturutsatte er tilgang til veiledning og

rådgivning (OHCHR 2004; Quiroga og Jaranson 2005). Dette er viktig både som del av faglig og personlig ivaretagelse og som støtte, da det også handler om sortering og hvordan arbeidet kan påvirke en. Informantene fremhevet viktigheten av flere typer veiledning: intern, ekstern, kollegabasert, i gruppe og individuelt. Noen opplevde at de sto alene med å skaffe tilgang til nødvendig veiledningskompetansen, mens andre jobbet i enheter der både intern og ekstern veiledning var institusjonalisert. Viktigheten av at veiledning er forankret på ledernivå ble fremhevet. Både nyutdannede og de som har vært i praksisfeltet lenge har veiledningsbehov.

Kompetanse og faglig utvikling

Nødvendig kompetanse til å jobbe med torturutsatte – å vite hva man skal gjøre og oppleve at man har noen å bidra med – ble fremhevet som svært viktig for å være hjelper i møte med mennesker med torturerfaringer. Fravær av kunnskap kompliserer identifisering, utredning, dokumentasjon og rehabilitering. Flere informanter fortalte at andre oppfattet torturrehabilitering som et annerledes og utfordrende felt, at det eksisterer en «mystikk» rundt temaet, og at det oppleves som «ukjent eller føles farlig eller skummelt å gå inn i sånne saker». Dette kan føre til at noen unnlater å involvere seg. Selv om spesialkompetanse er viktig, formidlet informantene at man kommer langt med de grunnleggende prinsippene for god behandling, og at man som helsefagarbeider allerede er forberedt på å gjøre en god jobb – at man er trent til å stå i vanskelige situasjoner. Det handler også om sensitivitet, respekt og tålmodighet (Bimer 1998). En informant i spesialisthelsetjenesten beskrev hvordan hen var i en arbeidssituasjon som hadde ivarett kompetansebehovet på en god måte, og hvordan dette påvirker opplevelsen av tortur som tema:

Jeg vet hva jeg skal gjøre, men det er fordi jeg har hatt anledning og tid og fått veiledning og opplæring og fått beskjed om hva jeg skal lese og sette meg inn i, og fått tid også til å sette det inn i en behandlingskontekst. Det hadde ikke vært sånn hvis jeg bare hadde ramlet bort i tematikken. Jeg har fått mulighet til å sette meg inn i det.

Kunnskap handler om å kunne gi et godt tilbud, være forberedt på å stå i arbeidet og håndtere det. Det henger altså sammen med muligheten for profesjonalitet og selvivaretakelse. En informant med bakgrunn som psykiater beskrev dette slik: «Hvis man vet at man kan gjøre noe så er det mye lettere å stå i vanskelige ting. Hvis du ikke har metoder, så er det mye lettere å føle seg hjelpeløs og da kan man bli utbrent». Kompetanseheving og personlig og faglig utvikling, inkludert formell kompetanse, ble fremhevet som viktige og positive aspekter.

Variasjon i jobben

Flere informanter hadde stillinger som ga dem variasjon i arbeidet. De hadde

stillinger som inkluderte klinisk arbeid, kompetanseheving, undervisning og formidling, veiledning, påvirkningsarbeid og holdningsarbeid. Flere løftet frem at det er viktig å jobbe med temaet på forskjellige nivå: på systemnivå, fagpolitisk og opp mot politikere. De jobbet således ikke bare (direkte) med torturutsatte. De fleste så dette som positivt; det ble fremhevet som et bidrag til å opprettholde balansen. En informant beskrev det slik: «Tror at hvis man skal overleve som behandler i dette så må man ha variasjon eller så er det ikke bra for et menneske». En annen beskrev noe lignende: «må ikke ha for mange pasienter på en gang som har den type ekstrem traumatisering. Man skal kjenne godt etter hva man orker å ta imot.» Viktigheten av variasjon handler om at noen saker er veldig tunge, at man både personlig og faglig trenger å kunne bearbeide det, og at man kan oppleve en ubevisst slitasje. Økonomiske aspekter kan også spille inn. Kompliserte saker vil gjerne ta mer tid. Man kan også ha pasienter som ikke har råd til å betale, og da kan det i tillegg til det økonomiske, bli en fagetisk vurdering. På grunn av slike aspekter anså de som jobbet 100 prosent klinisk det ofte som fordelaktig å ha variasjon i pasientgruppen sin.

HVILKEN ROLLE SKAL FRIVILLIGHETEN HA?

Informantene ble spurt om frivillighetens rolle i rehabiliteringstilbudet for torturutsatte. Flere uttrykte at den eksisterende frivilligheten spiller en viktig rolle som del av et større rehabiliteringstilbud. De snakket om frivillighet som handlet om praktisk hjelp, aktivitet, omsorg, behandling og inkludering. Det var de samme områdene som ble løftet frem i refleksjoner rundt behov for nye former for organisert frivillighet. Alle disse områdene handler om å støtte opp om og komplementere rehabilitering.⁸⁵

Praktisk hjelp og aktiviteter ble fremhevet som de mest sentrale områdene hvor frivilligheten kan spille en god rolle. Dette handler om transport, systemforståelse og informasjon (som også styrker helsekompetanse), økonomisk bistand, å være los eller sluse torturutsatte gjennom systemet, hjelpe med å forstå koder og digital hjelp. Noen aktiviteter ble oppfattet som begrensede eller manglende: hobbyer for gutter, aktiviteter hvor voksne menn får benytte seg av egne ressurser, å engasjere personer som er isolert, og aktivitetstilbud som ikke utelukker personer uten lovlig opphold. Andre områder som ble nevnt, var positive møteplasser for ungdommer/unge voksne som favner bredt, familieaktiviteter, idrett, aktivitetstilbud under asylfasen og kontakt med lokalbefolkningen. Aktiviteter som medfører et fokus på norskkunnskaper ble sett som svært positivt. Informantene var opptatt av møteplasser med et annet fokus enn torturrehabilitering som sådan.

Omsorg i hverdagen blir oppfattet som et viktig fokus for frivilligheten. Flere informanter beskrev at det ut over formell omsorg handler om en opplevelse av

at noen genuint bryr seg, noen som ikke får betalt. Det ble også diskutert hvorvidt frivillige trenger spesiell kursing for å best imøtekomme personer som har opplevd tortur. Kursing vil bidra til at man som frivillig har større innsikt i hvordan man lettere kan navigere relasjonen, og balansere nærhet og avstand, noe som ble påpekt som spesielt viktig i møte med denne gruppen.

Med tanke på behandling var informantene nærmest utelukkende skeptiske til at frivilligheten skulle ta en større rolle. De la vekt på hvor viktig det er at det offentlige påtar seg ansvaret, og at tilbudet gis av faglærte. Varsomhet rundt bruk av frivillige i behandling er også fremmet av informantene. Av de tre organisasjonene vi besøkte, er det bare Freedom From Torture (FFT) som benytter seg av profesjonsfrivillige i sine kliniske tjenester.⁸⁶ Dignity og Svensk Røde Kors anbefaler ikke bruk av frivillige i selve behandlingen. En informant løftet frem viktigheten av at rehabiliteringstilbud generelt bør komme fra en ikke-statlig organisasjon. Dette er også et poeng som løftes frem av IRCT (se kapittel 5).



KAPITTEL 5

Internasjonale erfaringer

Organiseringen av rehabiliteringstilbud for torturutsatte i Norge står i sterk kontrast til organiseringen av dette tilbudet i andre europeiske land. I arbeidet med denne rapporten har vi besøkt rehabiliteringsinstanser i Danmark, Sverige og Storbritannia. Tilbudene er organisert forskjellig, men felles for alle er at de har valgt å følge anbefalinger for en holistisk rehabiliteringsmodell og driver en tverrfaglig behandlingssinnsats som inkluderer fysiske og psykiske behandlingstjenester, rådgivning, juridisk bistand, forskning, dokumentasjon og påvirkningsarbeid for mennesker utsatt for tortur.

I dette kapitlet ser vi nærmere på rehabiliteringspraksisen i disse tre landene.

INNLEDNING

Dette kapittelet tar for seg erfaringer med torturrehabilitering i Danmark, Sverige og Storbritannia. Dette er land som tilbyr spesialiserte rehabiliteringstilbud og behandlingssentre for torturutsatte. Samtidig er det interessante forskjeller mellom landene når det gjelder samarbeid mellom sentrene og staten, finansiering og avgrensning av målgrupper. Erfaringene som er gjort i disse landene kommer godt med i en drøfting om organisering og forbedringspunkter for rehabiliteringstilbudet for torturutsatte i Norge.

Datainnsamlingen til dette kapittelet besto av forberedende litteraturanalyse i tillegg til fire semistrukturerte intervjuer og oppfølgingssamtaler med utvalgte organisasjoner. Der det ikke er angitt noe annet, er innholdet i kapittelet skrevet på bakgrunn av funn Røde Kors har samlet gjennom intervjuene, og erfaringsutveksling med det ledende internasjonale fagnettverket på torturfeltet, IRCT, og tre ulike organisasjoner innen torturrehabiliteringsfeltet: Dignity (Danmark), Røde Kors' behandlingssenter (Sverige) og FFT (Storbritannia). Alle tre er medlemmer i IRCT. Aktørene er valgt på bakgrunn av tre hovedkriterier: 1) de representerer tre ulike organisasjonsstrukturer; 2) de har lang erfaring fra behandling, rehabilitering og dokumentering av tortur; og 3) de representerer ulike samarbeidsmodeller med sine respektive myndigheter.

REHABILITERING AV TORTURUTSATTE I DANMARK

Det anslås at 30 til 50 prosent av alle flyktninger i Danmark lever med traumer (Rigsrevisionen 2018). Siden midten av 1980-tallet var det spesialiserte rehabiliteringstilbudet for torturutsatte i Danmark dekket av tre private senter som tilbød spesialisert tverrfaglig behandling for flyktninger.⁸⁷ Sentrene avdekket tidlig at de ikke hadde kapasitet til å ta seg av omfanget av problemet og pasientmengden, men det var ikke før i 2004 at det ble fattet et politisk vedtak om at man ønsket å sikre en spesialisert offentlig innsats for sterkt traumatiserte flyktninger i landet. I dag finnes det et landsdekkende spesialisert tilbud bestående av ti sentre for flyktninger med traumer og PTSD. De tre uavhengige sentrene er nå innlemmet i det offentlige behandlingstilbudet som private sykehus, mens de resterende syv sentrene drives i regi av danske helsemyndigheter.⁸⁸

For å få behandling ved et spesialisert behandlingssenter er det en forutsetning at man er innvilget asyl. Dette er uavhengig av hvorvidt senteret er statlig eller privat styrt. Som en del av det kommunale tjenestetilbudet er det den senere tid innført et torturscreeningssystem i flere av de danske kommunene.⁸⁹ Dette

er bare tilgjengelig for flyktninger som allerede er bosatt i den respektive kommunen, noe som betyr at personer med uavklart status eller avslag på asylsøknaden faller utenfor de kommunale identifiseringsmekanismene.

I en rapport fra dansk riksrevisjon kommer det frem at det å sikre en systematisk, tidlig identifisering av flyktninger med traumer fortsatt er en stor utfordring i Danmark (Rigsrevisionen 2018). Tallene viser at 51 prosent av asylsøkere i asylmottak er registrert med psykiske helseplager, men at disse plagene bare blir registrert for ni prosent av flyktningene ved overføring til kommunene.⁹⁰ Det kommer blant annet frem at overføringsskjemaet mellom asylmottak og kommune fylles ut av ikke-helsefaglig personell som hverken har tilgang til flyktingens helsejournal eller er faglig kvalifisert til å vurdere eller validere helseopplysninger som skal tas med på skjemaet. Manglende informasjonsdeling fører til at personer som har vært utsatt for tortur og alvorlige traumer ikke kommer til behandling (Rigsrevisionen 2018).

Dignity – Dansk Institut Mod Tortur

Dignity ble grunnlagt allerede i 1982 som et av de første torturrehabiliteringssentrene i verden. Organisasjonen hadde sitt utspring i privat sektor og har etter hvert blitt anerkjent av danske myndigheter som nasjonalt senter for spesialisert behandling av sterkt traumatiserte flyktninger. Dignitys arbeid kan deles inn i tre funksjoner: 1) nasjonalt helsesenter for torturutsatte og flyktninger med traumer; 2) forskningsinstitusjon; og 3) internasjonal kapasitetsfunksjon med partnerorganisasjoner i over 20 land (Dignity 2019, u.å.c).

I dag er senteret en del av den danske helsesektoren som statlig finansiert psykiatri, men de vektlegger at de fortsatt fungerer som en selvstyrt, uavhengig institusjon (Dignity u.å.c). Internasjonal og nasjonal fundraising er en uttalt del av Dignitys Strategi 2019–21, og organisasjonen arbeider målrettet for økt finansiering gjennom blant annet fond, virksomheter og privatpersoner (Dignity 2019).

Bakgrunn for opprettelse og tilstedeværelse av spesialiserte helsesentre

Ifølge Dignity har en sammensetning av private og offentlige aktører vist seg å være fruktbar i dansk sammenheng. Problemstillingene rundt målgruppen anses som unike i forhold til andre pasientgrupper i helsevesenet, og det er vanskelig å få til tilstrekkelig behandling i det ordinære systemet. En av årsakene til det er behovet for en tverrfaglig innsats på tvers av somatiske, psykiske og sosiale tjenester. Dignity operer per dags dato primært som helseaktør, men har i sin Strategi 2019–21 som mål å styrke forankringen i sosial sektor.

Gjennom mange års praksis er det etablert en legitimitet rundt behovet for spesialisert behandling i Danmark, og Dignity opplever at det eksisterer en politisk vilje til

å hjelpe i situasjoner der en person har fått innvilget oppholdstillatelse. De senere årene har organisasjonen arbeidet målrettet for å kunne dokumentere effekten av behandling, og viser at det fortsatt er behov for en spesialisert rehabiliteringstjeneste.

Hvem har rett til behandling?

En intern estimering viser at nærmere 80 prosent av pasientpopulasjonen ved klinikken har opplevd tortur, som definert i torturkonvensjonens artikkel 1.⁹¹ Samtidig har Dignity tilbud for en bredere gruppe traumatiserte flyktninger i Danmark.

Som privat sykehus er den nasjonale klinikken underlagt den offentlige danske psykiatritjenesten med mandat om å behandle og hjelpe mennesker med flukt-bakgrunn som har vært ofre for vold, tortur og overgrep. Senteret har i oppdrag å håndtere de mest komplekse sakene, og det er et krav om henvisning fra fastlege. For å ha krav på fastlege i Danmark må man ha dansk personnummer, noe som er med på å sette klare begrensninger for hvem som kan motta tjenestene. Klinikken behandler ikke personer som befinner seg i en asylfase eller som ikke har gyldig oppholdsgrunnlag (personer uten lovlig opphold), men oppgir at de prøver å styrke andre aktører som arbeider med asylsøkere gjennom å utvikle manualer for relevant behandling i asylfasen.⁹² Dette arbeidet begrenses økonomisk av at den statlige finansieringen ikke dekker disse områdene.

Pasienter kan få individuell henvisning og behandling fra fylte 15 år, mens yngre barn henvises og blir behandlet som en del av en mer helhetlig familieinnsats for familier med barn under 18 år. Det tar i dag i gjennomsnitt 17 år fra ankomst i Danmark til pasienten kommer til behandling, og man ser en klar trend der de fleste pasientene havner i bolker på henholdsvis åtte og 17 år etter ankomst for behandlingsoppstart. Årsaken til dette er ikke etablert. Pasientgruppen er i dag relativt jevnt fordelt mellom kjønnene, cirka 40 prosent er kvinner og 60 prosent menn, med en gjennomsnittsalder på 45 år.

De ansatte ved senteret

Senteret har et fast ansatt team av leger, fysioterapeuter, psykologer, familieterapeuter, sosialrådgivere og én psykiater én dag annenhver uke (Dignity u.å.d.). Klinikken har i tillegg en fast ansatt tolk og er tilknyttet et fast korps av eksterne tolker. Pasienten vil alltid være tilknyttet flere fagpersoner som arbeider i team rundt den enkelte, der det settes felles mål for pasienten på tvers av faggruppene. Ansattgruppen er delt inn i to overordnede team, der det ene arbeider med individuell behandling og det andre med gruppeprogrammer.

Det kreves som regel minimum fem års erfaring før man kan bli ansatt ved klinikken. Aller helst skal kandidaten ha erfaring fra arbeid med flyktninger og/eller ha arbeidet med tverrkulturelle problemstillinger, PTSD og traumebehandling. Fysioterapeutene bør helst ha en profil som inkluderer noe somatikk og psykiatri.

Dignity vektlegger betydningen av og behovet for profesjonelle, velutdannede tolker i behandlingsarbeidet og påpeker at mangelen på kvalifiserte tolker er et gjennomgående problem i offentlig helsesektor. Som pasient ved Dignitys behandlingssenter har torturutsatte tilgang på tolker som har erfaring fra arbeid med sterkt traumatiserte mennesker, og som innehar den språklige kompetansen som skal til for å videreføre pasientens historier, slik at vedkommende kan gi uttrykk for og forstå sin egen helse i dialog med behandler.

STØTTEFUNKSJONER Organisasjonens teambaserte arbeidsmetode er med på å sikre en minst mulig belastning på de ansatte. I tillegg utføres det tilsyn både i hvert enkelt team og innenfor de ulike fagområdene. De ulike profesjonene har tverrfaglige møter åtte ganger årlig, monofaglig fire ganger. Det gjennomføres også jevnlig tilsyn, både i de forskjellige teamene og innad i de ulike faggruppene. Denne modellen gir større rom for erfarings- og kunnskapsutveksling, men også et sted der man kan snakke på et overordnet plan om utfordringer og hendelser i hverdagen.

Organisering av tjenester og behandling

BEHANDLINGSFORLØP: Behandling ved klinikken er gratis i henhold til dansk helselovgivning (Dignity u.å.d.). For å kunne komme til behandling ved Dignitys nasjonale rehabiliteringsklinikkk skal pasienten henvises av fastlege via et skjema (Dignity u.å.a.). På bakgrunn av henvisningen vil det foregå en papirvisitasjon, før det så kalles inn til visitasjonssamtale hos psykolog. Det er et krav at man skal komme til samtale innen én til to måneder etter henvisning. Under konsultasjonen vurderes det om pasienten har vært utsatt for tortur, og symptomer, sosiale faktorer og ekskluderingsaspekter.⁹³ Et visitasjonsutvalg bestemmer deretter om pasienten skal få behandling ved klinikken, og hvor pasienten passer inn i behandlingssystemet. Per i dag har Dignity en ventetid på ett år.

Et behandlingsforløp strekker seg normalt over maksimalt ti til 12 måneder med variasjoner. Det blir oppgitt at dette er et tidsrom som over tid og gjennom en faglig avveining har blitt vurdert til å være en tilstrekkelig forløpslengde. Selve behandlingstimen er på cirka 50 minutter, og pasienten kommer som regel ukentlig til klinikken. De første én til to månedene benyttes hovedsakelig til undersøkelser, som så danner grunnlag for en behandlingsplan som utarbeides i samråd med pasienten.

BEHANDLINGSMODELL: Behandlingen ved klinikken baserer seg på en tverrfaglig tilgang med utgangspunkt i en biopsykososial modell.⁹⁴ Det fokuseres særlig på samarbeid mellom psykolog og fysioterapeut i såkalte parløp. Hvem man møter først, og frekvensen av møtene beror på en vurdering av behovet til den enkelte. Noen kan ha vanskeligheter for å snakke om psykiske utfordringer innledningsvis, da de fysiske reaksjonene er for overveldende, og vil dermed ha behov

for tettere oppfølging av fysioterapeut i startfasen. Innledningsvis jobbes det typisk med selvregulering og bruk av teknikker som lærer pasienten å dempe de fysiske reaksjonene de opplever.

Pasienten har også tilgang på sosialrådgivere eller sosionomer under forløpet. Mye av arbeidet disse gjør handler om prekære eller sosioøkonomiske problemstillinger pasienten står ovenfor i hverdagen. Rådgiverne trener pasienten på å navigere det generelle systemet, og ved behov den nye samfunnsstrukturen og det kulturelle landskapet. Dignity samarbeider med andre sosiale instanser og henviser gjerne pasientene sine til andre aktører, blant annet med integreringsaktiviteter.

Behandlingsteamet har ukentlige møter der de diskuterer pasientene. I tillegg møtes behandlerne for å revidere hver enkelt individuelle plan med tre måneders mellomrom, eller hyppigere dersom det er nødvendig. Som en forlengelse av dette vil det også være individuelle møter med pasienten for å gå gjennom planen.

Klinikken overlater i stor grad valg av metode opp til behandler, men det drøftes kontinuerlig i faggruppene hvorfor man velger gitte behandlingsformer, og hva man bør ha fokus på.

BRUKERMEDVIRKNING: Dignity har systematiske individuelle møter med pasientene for å snakke og gå gjennom deres opplevelse av det tilpassede behandlingsforløpet. Det har også nylig vært gjennomført en brukerundersøkelse, men organisasjonen opplevde en lav svarprosent på rundt 30 prosent. Årsakene til den lave deltakelsen kan være rent praktiske, for eksempel at en viss andel av pasientene er analfabeter, men tilskrives også pasientens frykt for å oppgi personlig informasjon.

Organisasjonens kommunikasjonsavdeling er veldig interessert i å la pasientene komme til orde for å belyse enkeltmenneskers erfaringer. Dignity mottar regelmessig henvendelser fra aktører som ønsker å komme i kontakt med torturutsatte for å fortelle deres historier. Dette har vist seg svært vanskelig, siden få ønsker å stå frem i frykt for konsekvenser, represalier og en generell redsel for å ikke bli trodd.

Forskning og påvirkningsarbeid

Etter en større analyse av eget arbeid gjennomført i 2012 til 2013 ble det konkludert at forskning og innovasjon skal være en integrert del av Dignitys arbeid (Dignity 2019). Dignitys rolle som forskningsinstitusjon består i stor grad av å dokumentere forekomst, effekt og konsekvens av tortur, og av hvilken innvirkning og effekt behandlingsinnsatsene har, og inkluderer både en helsefaglig og juridisk avdeling.

DOKUMENTASJON: Arbeidet som forskningsinstitusjon er sterkt tilknyttet den kliniske virksomheten, der helseavdelingen står for alt dokumentasjonsarbeid som omhandler tortur. Avdelingen arbeider for å finne ut hvordan man kan

dokumentere tortur, blant annet ved hjelp av retningslinjene i Istanbul-protokollen. Sammen med Dansk Røde Kors har helseavdelingen utviklet et screeningverktøy for å avdekke tortur i asylfasen, og de er også i gang med en større undersøkelse i samarbeid med praktiserende leger for å kartlegge forekomsten av PTSD blant den totale pasientpopulasjonen på landsbasis.

Den juridiske avdelingen er forankret i organisasjonens nasjonale påvirkningsarbeid. Avdelingen fører blant annet tilsyn og rapporterer om forhold i danske institusjoner. Overordnet arbeider avdelingen med det internasjonale juridiske rammeverket for å sikre totalforbudet mot tortur og torturutsattes tilgang til rettigheter (Dignity u.å.b).

Dignity driver løpende monitorering av arbeidet sitt. Erfaringer fra det tverrfaglige arbeidet ved klinikken og organisasjonens forsknings- og dokumentasjonsinnsats legger grunnlaget for videre påvirkningsarbeid gjennom å påvise helsebehov og effekt av behandling ovenfor eksterne aktører.

I 2017 ble det startet et samarbeid mellom Dignity og de resterende spesialist-sentrene i Danmark for å danne en felles metode for innsamling av data om målgruppen og behandlingsforløpet. Prosjektet er fortsatt i en pilotfase, men er per i dag det eneste datagrunnlaget av en slik type og omfang i Danmark. Det er fortsatt for tidlig å lage et statistikkgrunnlag av funnene, men man ønsker å fortsette å måle utvalgt data.

KAPASITETSBYGGING OG KUNNSKAPSUTVEKSLING: Det finnes ingen utdannelse direkte rettet mot arbeid med torturutsatte i Danmark, og Dignity stiller spørsmålsteget ved hvorvidt feltet er så spesialisert at dette er nødvendig. Det er en oppfatning at det finnes en overførbarhet mellom arbeid med målgruppen og mer generelle fagområder innen traume, PTSD og komplekse smertebilder. Allikevel påpekes det at torturutsatte er en pasientgruppe som krever høyere kompetanse og en bevisst tverrkulturell tilnærming. Det arbeides kontinuerlig med kompetanseheving innenfor samtlige faggrupper ved senteret, og klinikken tar jevnlig inn praktikanter fra ulike grunnutdanninger, hovedsakelig innen medisin og juss, og driver opplæring for blant annet leger, medisin- og jusstudenter, annet helsepersonell, politi og tilsynsmyndigheter (Dignity u.å.b, u.å.e).

Klinikken utvikler manualer for identifisering og dokumentering av tortur i henhold til Istanbul-protokollen i samarbeid med organisasjonens juridiske avdeling (Dignity u.å.e). Organisasjonen er også i gang med å utvikle manualer som kan benyttes av helsepersonell og andre fagpersoner som jobber tett på gruppen, og manualer for ikke-helsefaglig personell.

REHABILITERING AV TORTURUTSATTE I SVERIGE

I Sverige ligger det regionale ansvaret for helse- og omsorgstjenester hos de 21 regionene (Sveriges Kommuner och Regioner 2019), og det er ifølge Svensk Røde Kors stor variasjon mellom de ulike regionenes rehabiliterings- og behandlingstilbud for torturutsatte. Selv om staten i utgangspunktet har hovedansvaret for behandling av krigsskadede og torturerte, har Røde Kors tatt på seg ansvar for å drifte det største spesialiserte tilbudet for målgruppen på landsbasis (Svenska Röda Korset 2015a).

Manglende koordinering mellom tjenester som møter torturutsatte og flyktninger med traumer blir regnet som en av de største hindringene for å kunne tilby tilstrekkelig rehabilitering i landet. I tillegg rapporteres det om utilstrekkelig kunnskap om tortur blant allmennleger, noe som fører til at undersøkelsene og behandlingen som tilbys, ikke svarer til gruppens faktiske behov. Allmennleger uttrykker at de er ukomfortable med å tilby behandling uten nødvendig opplæring og oppgir ofte at de er tilbakeholdne med å adressere tortur fordi de er bekymret for å overskride juridiske grenser, skape ubehag for pasienten eller ikke håndtere informasjonen de mottar, på riktig måte (IRCT 2016).

I rapporten *Tortyrskader i asylprosessen under lupp* (Svenska Röda Korset 2015b) kommer det frem at det i tillegg er en omfattende kunnskapsbrist hos beslutningsmyndigheter i asylprosessen om hva en torturutredning er, hva den kan og ikke kan dokumentere, og om hvordan utredningene gjennomføres og hvilke krav som stilles. Rapporten konkluderer at denne kunnskapsbristen i mange tilfeller fører til at torturutsatte får avslag på søknad om beskyttelse og dermed ikke får tilgang til rehabilitering som er nedfelt i internasjonal lov.

Svenska Röda Korsets behandlingssenter for krigsskadede og torturerte

Det første senteret for behandling av krigsskadede og torturutsatte ble opprettet i Stockholm i 1985 (Svenska Röda Korset u.å.a). Siden den gang har Svensk Røde Kors opprettet seks ulike sentre spredt ut over landet⁹⁵ og to mobile team. Behandlingssentrene ligger under «avdelning vård», som var en nyopprettet avdeling i 2019. Avdelingen *Vård* er med sine knapt 100 ansatte den største avdelingen i organisasjonen i dag.

I tillegg til de seks behandlingssentrene tilbyr Svensk Røde Kors også en telefonbasert omsorgsformidling (*vårdformidlingen*) og nasjonal rådgivningsfunksjon

i Stockholm som har som mandat å bistå personer uten lovlig opphold eller andre som faller utenfor det ordinære helsevesenet, med henvisninger og hjelp til å komme i kontakt med offentlige helseinstanser (Svenska Röda Korset 2018, s. 8, u.å.b).

Bakgrunn for opprettelse og tilstedeværelse av spesialiserte helsesentre

Röda Korsets første behandlingssenter ble opprettet på bakgrunn av en vurdering fra organisasjonen som konkluderte at omsorgs- og behandlingstilbudet i det ordinære helsesystemet ikke var tilstrekkelig for målgruppen. Samtidig som de åpnet behandlingstilbudet, startet de et omfattende påvirkningsarbeid mot myndighetene for å sikre at staten overholder sine forpliktelser i henhold til internasjonal lov. Svensk Røde Kors mener at selv om staten tar større ansvar i dag, og situasjonen har bedret seg, ser man fortsatt brister og store regionale forskjeller i tilgang til spesialiserte tilbud, og det er fortsatt et stort behov for organisasjonens tjenester.

Sentrenes vekst i både personal- og tjenesteomfang tyder på at det er en økt bevissthet rundt problematikken og stadig behov for et slikt tilbud. Dette er spesielt synlig gjennom at svenske myndigheter ber foreningen om bistand til å åpne og drive ytterligere sentre, til tross for at det allerede finnes offentlige behandlingssentre i området. Svensk Røde Kors har ikke som mål å være en permanent tjenesteyter på feltet, men vil i henhold til sine prinsipper fortsette virksomheten så lenge det finnes behov og gap i det eksisterende tilbudet.

Hvem har rett til behandling?

I likhet med danske Dignity tilbyr Svensk Røde Kors' sentre behandling både for torturerte og flyktninger med andre traumer fra krig og konflikt. På bakgrunn av egne erfaringer og omfattende forskningsarbeid har de nylig valgt også å inkludere pasienter med traumer oppstått under flukten. Valget om å inkludere ulike former for traumer bunner blant annet i et syn på at tortur og systematisk vold ofte utføres av andre aktører og under andre omstendigheter enn det som dekkes av torturkonvensjonen. Blant annet ser man at systematisk vold utføres av grupperinger som blir oppfattet som statsbærende uten å være offisielt anerkjent som statsmakt. I tillegg er det et ønske om å utvide begreper knyttet til krigsskader og tortur på grunn av de store ringvirkningene disse hendelsene har på mennesker i nære relasjoner til den som har blitt torturert.

Behandlingen er tilgjengelig for *alle* som hører inn under denne avgrensningen, uavhengig av hvor lenge pasienten har oppholdt seg i Sverige eller pasientens juridiske status. Sentrene er i stor grad finansiert av myndighetene, men det oppgis at behandling av personer uten lovlig opphold ikke har vært problematisk med tanke på finansiering og i relasjon til staten.

Sentrene retter seg i hovedsak mot voksne. Basert på lokale behov og forutsetninger finnes det imidlertid virksomheter for barn, og sentrene operer derfor noe

ulikt med tanke på aldersgrense for behandling. Det er allikevel et økt familie-fokus ved sentrene, blant annet gjennom «*familie- og barneverksamheten*», som ikke tilbyr direkte behandling. I tillegg finnes det psykososiale støttefunksjoner for barn med foreldre som har vært utsatt for tortur.

De ansatte ved senteret

Behandlingssenteret vi besøkte i Malmö, har en stab på 27 ansatte som består av en lege, psykologer, sosionomer og fysioterapeuter, tolker og administrasjons-medarbeidere i tillegg til to virksomhetsledere ved senterets tiltak rettet mot barn. De siste årene har organisasjonen prioritert ansettelser av sosionomer for å avlaste helsefaglige behandlere i håndteringen av akutte sosioøkonomiske problemstillinger. Dette frigjør mer tid til den faktiske behandlingen.

Det vektlegges at det foretrekkes at behandleren har noen års erfaring før ansettelse, og at personlig egnet er avgjørende.

STØTTEFUNKSJONER: Det pågår et kontinuerlig arbeid for å beskytte personalet mot sekundærtraumatisering og krevende prosesser etter møte med pasientene, blant annet gjennom månedlig individuell oppfølging og gruppeveiledning. Dessuten er man aldri alene om en pasient, og klinikken arbeider utelukkende i teambaserte behandlingsforløp med minimum to klinikere. De ansatte tilbys videreutdanning, og det er fokus på å styrke sosiale aktiviteter og sikre at den enkelte medarbeider har et privat sikkerhetsnett.

Organisering av tjenester og behandling

BEHANDLINGSFORLØP: For å komme til behandling skal pasienten i utgangspunktet henvises fra fastlege eller annen støttefunksjon, men det finnes unntak. Blant annet gjelder ikke dette kravet for personer uten lovlig opphold som ikke har den samme tilgangen til det ordinære systemet. Dette er en vesentlig forskjell fra systemet slik det fungerer i Danmark. For tiden opplever man en økning i henvisninger til klinikken, noe Røde Kors i Malmö tilskriver en forbedring i generell kunnskap og evne til å identifisere torturutsatte i regionen.⁹⁶ Klinikken ser også at nyere flyktninggrupper, som syrere, har en større tendens til å identifisere behovet selv og oppsøke hjelp.

Personer som skal vurderes for behandling etter en henvisning, kalles inn til visitt. Den første samtalen består av et møte med to behandlere, ofte lege og psykolog, med påfølgende videre kontakt med psykolog. De innledende møtene inkluderer også nesten utelukkende møter med fysioterapeut i tillegg til en psykososial utredning hos en av klinikkens sosionomer.

Klinikken i Malmö har ikke fastsatt en maks- eller minimumstid for behandling, men opererer i dag med en standard på 12 til 13 måneder, og pasienten møter behandlerne

i snitt én gang i uken. Behandling ved alle Røde Korsets sentre er kostnadsfritt.

BEHANDLINGSMODELL: Røde Korsets behandlingssenter i Malmö arbeider etter en holistisk behandlingsmodell som gjør det mulig både å ta hensyn til pasientens individuelle behov og familiens situasjon. Som oftest er lege, psykolog og fysioterapeut involvert i arbeidet med å formulere en individuell behandlingsplan i samråd med pasienten, og noen ganger kobler man også sosionomer og andre tjenester inn i denne prosessen.

Behandlingen ved senteret følger en interdisiplinær modell som favner både de somatiske og psykiske aspektene ved PTSD og traumer. Det er standard at psykolog og fysioterapeut arbeider sammen om pasienten i såkalte parløp, og den ukentlige behandlingstimen består som regel av en psykologsamtale pluss fysioterapi eller eventuelt besøk hos lege. I 80 prosent av tilfellene ønsker pasienten bistand fra tolk i samtale med behandler. Senteret vi besøkte, sørger for at pasienten er tilknyttet samme tolk gjennom hele behandlingsforløpet.

Behandlingstilbudet i Malmö består av en individuelt tilpasset behandling, flere forskjellige gruppeaktiviteter og tiltak rettet mot familie og barn. Tjenesten inkluderer en egen innsats for å knytte pasienten til samfunnet for øvrig utover i forløpet, og man samarbeider blant annet med arbeidsformidlingen. Behandlingsforløpet er som regel langvarig, og det benyttes mye tid på å bygge tillit og stabilisere personen før man kan sette i gang andre behandlingsmetoder.

Malmöklinikken er det eneste av behandlingssentrene som deler kontor med andre enheter i Svensk Røde Kors, men det er vanlig praksis blant sentrene å benytte seg av de øvrige aktivitetene og tilbudene innad i organisasjonen som en forlengelse av behandlingstilbudet til pasientene. De arbeider blant annet tett med beskyttelsesenheten (*skydd*) i organisasjonen, og hvert av sentrene er tilknyttet en fast juridisk rådgiver. Senteret understreker betydningen av å være del av et større apparat og ikke minst den fysiske nærheten til de andre virksomhetene i organisasjonen.

BRUKERMEDVIRKNING: Svensk Røde Kors utfører årlige brukerundersøkelser. Målet er å danne et bilde av pasientenes opplevelse av behandlingen de mottar, og å identifisere forbedringsområder fra et pasientperspektiv. Skjemaet, som er oversatt til 14 språk, tar for seg fire ulike tema: møtekomme, tilgjengelighet, trygg og sikker omsorg og pasientens vurdering. I perioden april til oktober 2017 ble det sendt ut 713 skjema med en svarrate på 57,7 prosent (Svenska Røde Kors 2018).

Undersøkelsen utføres av et uavhengig institutt og gjennomføres ved flere helse- og omsorgsvirksomheter i landet. Dette gjør at Svensk Røde Kors kan

sammenligne sine resultater med andre omsorgsgivere som jobber med målgruppen, i tillegg til sine egne historiske data. Resultatene de siste årene har vist at en stor andel pasienter opplever at de møtes med respekt og hensyn, og at det er tillit til behandlerne og deres kompetanse på området (Svenska Röda Korset 2018).

Svensk Røde Kors får ofte henvendelser fra journalister som skal skrive om flyktningssituasjonen i landet, og som ønsker å komme i kontakt med pasienter. Ni av ti ganger velger de å avslå henvendelsen fordi de ser det som behandlerens oppgave å ivareta pasienten gjennom å forhindre at vedkommende blir utsatt for uønsket eksponering. I tillegg legges det avveininger rundt taushetsplikt og diskresjon til grunn for denne avgjørelsen. I tilfeller der pasienter selv ønsker å fortelle sin historie, vil man i større grad være med på å støtte og bistå personen med å oppnå dette.

I samarbeid med forfatteren Barbro O'Connor ga Svensk Røde Kors i 2016 ut boken *Det kunde varit jag*, som inneholder pasienters fortellinger (Svenska Röda Korset 2017). Mange av bidragsyterne ønsket at historiene deres ikke skulle forsvinne, men følte seg ikke i stand til å stå frem i offentligheten med sine traumer og opplevelser. Boken ble en mulighet for dem til å bruke sin stemme (ibid.).

Forskning og påvirkningsarbeid

Påvirkningsarbeid har vært en integrert del av virksomheten fra starten. Gjennom dette arbeidet ønsker Svensk Røde Kors å sikre at retten til omsorg og behandling for torturutsatte blir møtt gjennom å legge press på myndigheter og andre aktuelle aktører. Det vektlegges blant annet å sikre rettighetene til personer uten lovlig opphold og andre innvandrere som står i fare for å falle utenfor samfunnets sikkerhetsnett (Svenska Röda Korset 2018).

DOKUMENTASJON: Svensk Røde Kors deltar regelmessig i forskningsprosjekter i samarbeid med akademiske institusjoner. Siden 2014 har omsorgsavdelingen blant annet samarbeidet om tematikker som traumer, tortur og psykisk sykdom med den frittstående forsknings- og utdanningsinstitusjonen Röda Korsets Högskola (RKH) (ibid.). Det tette arbeidsforholdet sørger for at høgskolen har en unik tilgang til aktuelle problemstillinger, og resultatene kan senere anvendes i det praktiske humanitære arbeidet i foreningen (Svenska Röda Korset 2017). I tett samråd med fagpersoner, helsepersonell og frivillige ved sentrene gjennomførte RKH i 2016 en større studie om psykisk uhelse blant asylsøkere og nyankomne i Sverige. Undersøkelsen viser at omtrent hver tredje person i studien lider av psykiske plager, og at en betydelig andel har vært utsatt for fysisk vold og tortur (Tinghög et al. 2016).

KAPASITETSBYGGING OG KUNNSKAPSUTVEKSLING: Det er en oppfatning at generelle studieplaner innen medisin, psykologi og sykepleie i Sverige i for liten grad dekker tortur. I tillegg er det generell kunnskapsbrist i møtet med og

forståelsen av målgruppen blant andre yrkesgrupper som kommer i kontakt med innvandrere med traumer fra vold og tortur. Svensk Røde Kors har derfor inngått et samarbeid om opplæring med universitetene i de byene der de har behandlingssentre, og behandlerne har gode relasjoner til utdanningsinstitusjonene i nærområdet. Opplæringen er imidlertid ikke en institusjonalisert del av utdanningene, og Svensk Røde Kors er som regel bare innom for å holde en tre timers leksjon. Det er derfor et uttalt ønske i Svensk Røde Kors at man skal kunne gå mer systematisk til verks og nå ut til flere yrkesgrupper under utdanning. Dessverre er dette i stor grad et ressurs spørsmål, og Svensk Røde Kors har for øyeblikket ikke kapasitet til å utvide aktiviteten ytterligere.

Hvert år kurser Svensk Røde Kors fagpersoner som kan møte torturutsatte i sin arbeidshverdag. I 2018 underviste organisasjonen 4 500 fagpersoner (Svenska Röda Korset 2019). Kurs og utdanningsvirksomheten drives i stor grad på forespørsel, tilpasset hver enkelt aktør, og retter seg i hovedsak mot personer som gjennom sitt arbeid på ulike måter kommer i kontakt med asylsøkere og nyankomne flyktninger.

REHABILITERING AV TORTURUTSATTE I STORBRITANNIA

I Storbritannia mottar torturutsatte behandling både gjennom spesialiserte uavhengige aktører og via de offentlige helsetjenestene. Det finnes få aktører som tilbyr spesialiserte tjenester til torturutsatte i Storbritannia, og det er stor geografisk variasjon i tilbudene. Det tilbys ikke spesialiserte rehabiliteringstilbud i det offentlige systemet, og pasientene behandles innenfor de ordinære tjenestene (Redress 2015).

Personer med avslag på søknad om asyl har siden august 2017 måttet betale forskudd for å kunne motta det som i Storbritannia omtales som sekundærhelsetjenester, herunder terapi, rådgivning og fysioterapi (Department of Health and Social Care 2017; FFT 2017). Dette skaper sosioøkonomiske barrierer for torturutsatte uten lovlig opphold som ikke har råd til å betale for denne type behandling.

I en omfattende rapport gjennomført av Equality and Human Rights Commission (2018) ble det undersøkt hvordan helsepersonell og helsetjenester arbeider og blir forstått med hensyn til mennesker som søker eller har fått avslag på asyl i landet. Studien viser blant annet at klinisk personell har liten kunnskap om problemstillinger som påvirker målgruppens helse relaterte utfordringer, og hvordan de skal støtte mennesker som blant annet har vært utsatt for tortur.

Videre viser funnene at personer med avslag på søknad om asyl i England unngår helsetjenester av frykt for myndighetenes retningslinjer for datadeling mellom blant annet nasjonale helsetjenester og utlendingsmyndighetene, og at særlig mennesker med psykiske helsebehov, traumer eller erfaringer av tortur ofte har en grunnleggende mistillit til helsepersonell.

Freedom From Torture

FFT ble opprettet som en forlengelse av Amnesty UK i 1985 under navnet *The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture* og arbeidet den gang utelukkende med klinisk behandling og rehabilitering. I dag regner organisasjonen seg først og fremst som en uavhengig menneskerettighetsorganisasjon, og skiftet for fem år siden navn til Freedom From Torture. Organisasjonen driver fortsatt behandlingsklinikker, som man finner spredt over store deler av landet,⁹⁷ men har utvidet sin praksis til også å inkludere omfattende forsknings- og påvirkningsarbeid.

FFT er den eneste organisasjonen i Storbritannia som utelukkende retter seg mot behandling av torturutsatte. Organisasjonen har tatt et kompromissløst standpunkt i å utelukke all statlig pengestøtte fra sin virksomhet (FFT u.å.c). Dette er et bevisst valg for å sikre egen objektivitet i tjenester og påvirkningsarbeid, og en måte å vise sin absolutte politiske uavhengighet fra myndighetene på, ovenfor pasientene sine.

Hvem har rett til behandling?

I motsetning til de to organisasjonene vi besøkte i Danmark og Sverige, har FFT valgt bare å tilby behandling til torturutsatte. De behandler derfor ikke andre personer med fluktbakgrunn som har traumer fra krig, konflikt eller vold. Denne avgrensningen begrunnes først og fremst som et ressurspørsmål, siden klinikken per dags dato ikke har kapasitet til å utvide pasientgruppen ytterligere.

Behandlingssentrene tilbyr tjenester og behandling uavhengig av kjønn, alder og juridisk status, forutsatt at personen identifiseres av organisasjonen som torturert. Tjenestene inkluderer også behandlingstilbud for barn og familier. Flere av behandlerne i organisasjonen mener at familie, og da særskilt barneperspektivet, er altfor dårlig representert i internasjonale retningslinjer, og at det blant annet er et behov for større inkludering av gruppen i Istanbul-protokollen.

Majoriteten av pasientene ved klinikkene er flyktninger eller asylsøkere (FFT u.å.e). Klinikken understreker at juridisk status ikke bør være et argument for å tilby rehabiliteringstjenester og påpeker at det ofte er ureturnerbare eller asylsøkere som viser seg å trenge hjelpen aller mest.

De ansatte ved senteret

Organisasjonen tilbyr fysisk, psykisk, juridisk og sosial støtte til mennesker med torturerfaringer og består av nesten 200 fulltids- og deltidsansatte og nærmere 150 frivillige som bidrar innenfor hovedsakelig medisin, terapi og saksbehandling (FFT 2019b). Sentrene har et omfattende klinisk behandlingsteam som inkluderer leger, fysioterapeuter, psykoterapeuter, psykologer, familie- og barnevernsterapeuter i tillegg til tolker, saksbehandlere, rådgivere og jurister, så vel som kunst- og musikkterapeuter og massører (FFT u.å.d).

For å bli ansatt som klinisk helsepersonell ved FFT er det en forutsetning at man er registrert medisinsk behandler og har alle lovlige lisenser oppdatert. Det er et krav at den ansatte har langvarig erfaring som behandler innenfor fagområdet, og det er ønskelig at man tidligere har behandlet mennesker med traumer.

STØTTEFUNKSJONER: Klinisk personell deltar i obligatoriske fagstøtteaktiviteter og månedlig i tilsynsgrupper der de kan be om støtte, diskutere komplekse saker og håndtere egen sinnsstemning. Ikke-klinisk personell har tilbud om fagstøttegrupper, men oppmøte her er frivillig. I tillegg kan alle ansatte benytte seg av et eksternt gratis drevet hjelpeprogram.

Organisering av tjenester og behandling

BEHANDLINGSFORLØP: Majoriteten av pasientene henvises til senteret gjennom fastlege eller annen støttefunksjon. Det er allikevel mulig å komme til behandling ved senteret gjennom såkalt egenhenvisning. Det oppgis at hvert enkelt senter har sitt eget vurderingssystem tilpasset regionale behov, men at organisasjonen ser nærmere på muligheten for å innføre et standardisert identifiserings- og vurderingssystem ved inntak på nasjonalt nivå.

FFT har en noe annen tilnærming til behandlingsforløpets lengde og intensitet enn de andre organisasjonene prosjektgruppen besøkte. Det oppgis at klinikkene arbeider med et tak på 36 måneder for behandling, men at enkelte av pasientenes forløp varer lengre. Dette er et vesentlig lengre forløp enn standarden ved de andre sentrene i Danmark og Sverige og begrunnes med to hovedfaktorer: For det første spiller det juridiske aspektet inn, og man finner det vanskelig å avslutte et behandlingsforløp så lenge pasientens status og asylprosess er uavklart. For det andre opplever mange av behandlerne at det ofte oppstår en ny krise etter at pasienten har fått innvilget opphold som et resultat av prosessen med å skape seg et nytt liv i Storbritannia. Behovet for å fortsette behandling ved FFTs klinikker er også sterkt knyttet til det nåværende politiske klimaet og utfordringer i tilgangen til ordinære offentlige tjenesteytelser. FFT påpeker allikevel at mange av behandlingsforløpene er kortere enn maksimumsstandard.

Sentrene opererer ikke med en venteliste, men vurderer inntak av pasienter fortløpende basert på eksisterende kapasitets- og ressursnivå. FFT blir av andre fagpersoner regnet som den ledende organisasjonen i landet for behandling og rehabilitering av torturutsatte, og de øvrige helsetjenestene har en tendens til å henvise pasienter videre til FFT snarere enn å tilby dem egne tjenester. Det er et mål at flere tjenester bevisstgjøres egen behandlingskapasitet i møte med målgruppen, og FFT henviser gjerne pasienten videre dersom det finnes en god tjeneste nærmere pasientens bosted.

Organisasjonen oppgir ingen offisielle tall for gjennomsnittstid fra pasientene ankommer Storbritannia til de kommer i behandling. Det er allikevel en trend at pasientene har tilbrakt noe tid i Storbritannia før de blir henvist og tatt inn til behandling. Senteret oppgir at det er ønskelig å avvente behandling til pasienten er flyttet ut av asylmottak og inn i et mer permanent bosted, både med tanke på pasientens behov og av hensyn til geografisk plassering og nærhet til behandlingsstedet. Dette er imidlertid ikke alltid tilfellet.

BEHANDLINGSMODELL: FFT arbeider etter en holistisk behandlingsmodell der de tilbyr støtte gjennom blant annet psykoterapi og familierapi, varierte gruppeaktiviteter og praktisk hjelp og veiledning i juridiske og sosioøkonomiske problemstillinger. Klinikken tilbyr også torturskadeutredninger etter henvisning som utføres av organisasjonens eget team av høyt kvalifiserte leger (FFT u.å.b).

Klinikken arbeider i dag etter en tretrinnsfase, der man starter behandlingen med stabilisering, så konsentrerer seg om selve traumet, og til slutt arbeider med integreringsrettede tiltak og metoder. Selv om man benytter en grunnleggende fasefokusert behandlingstilnærming, betyr ikke det at behandlingen nødvendigvis tilbys i den rekkefølgen. Behandlerne vil alltid vektlegge den enkelte pasientens ønsker og individuelle behov når de legger en behandlingsplan, og noen pasienter starter behandling fra tredje fase (integrering) fordi det er det mest uttrykte behovet i dialog med pasienten.

SURVIVORS SPEAK OUT

På initiativ av tidligere pasienter ble det i 2007 opprettet et eget aktivistnettverk (*Survivors Speak Out*) bestående og ledet av torturutsatte og tidligere pasienter ved FFTs behandlingssentre. For denne gruppen var det viktig å bruke sin stemme til å drive påvirkningsarbeid for å sikre at lignende overgrep ikke skjer med andre, og gi en form for mening til en ellers negativ og tung opplevelse. Aktivistene er i dag involvert på mange arenaer og bidrar i forskning, som eksperter i ulike fora og driver aktivt påvirkningsarbeid mot myndigheter og internasjonale organer, deriblant FN. Nettverket teller i dag 55 deltakere og er det eneste av sitt slag i Storbritannia. Lederen av nettverket er også ansvarlig for de brukerinvolverende tiltakene og er i dag fast ansatt i FFT.

BRUKERMEDVIRKNING: Brukermedvirkning og brukerinformert ekspertise i videreutviklingen av FFTs tjenester er en avgjørende del av strategien til organisasjonen (FFT 2019). Brukergruppen underbygger og informerer alt arbeid organisasjonen gjør gjennom å bidra aktivt til å utarbeide og evaluere organisasjonens strategier, tjenester og påvirkningsarbeid (FFT u.å.d).

En av måtene organisasjonen involverer brukerne på er gjennom paneler der pasienter kommer sammen for å diskutere tjenestene og gi tilbakemelding på forbedringer og behov hos brukergruppen. Hvert senter har sitt eget brukerpanel som møtes lokalt én gang per måned. Representanter fra hvert av panelene møtes deretter på nasjonalt nivå for å diskutere ulike tilnærminger og tiltak basert på lokale erfaringer. Sentrene utfører også jevnlig spørreundersøkelser for å kartlegge pasientenes behov og forventninger i forkant av og underveis i forløpet.

Det er gjerne tidligere pasienter som koordinerer disse aktivitetene ved samtlige av FFTs sentre. At personer som selv har opplevd tortur, er del av tilretteleggingen av de brukermedvirkende tiltakene, er med på å skape ekstra trygghet og sikre høyest mulig deltakelse.

Forskning og påvirkningsarbeid

Påvirknings- og policyarbeid har en dyp forankring i FFT, og deres politiske standpunkt utarbeides ved hjelp av omfattende forskningsarbeid, torturutsattes egne fortellinger og et tett samarbeid med brukeraktivistgruppene (FFT u.å.b). Det å kunne presentere evidensbasert kunnskap fra egne tjenester, og personlige erfaringer til mennesker som har vært utsatt for tortur, anses som en svært viktig del av arbeidet for å promotere målgruppens rettigheter og holde stater ansvarlige på feltet (FFT 2019).

DOKUMENTASJON: Det utføres et omfattende dokumentasjonsarbeid i organisasjonen. Informasjon som blant annet samles inn via torturskadeutredninger er med på å gi organisasjonen en unik oversikt over torturfeltet, både nasjonalt og internasjonalt. Rapportene gir FFT et geografisk overblikk over hvor tortur finner sted og er med på å danne en oversikt over torturmønstre og hvilke grupper som er mest utsatt. Dokumentasjonsarbeidet gir organisasjonen evidensbasert tyngde i arbeidet for å sikre totalforbudet mot tortur og gir dem mulighet til å legge direkte press på ansvarlige myndigheter og påvirke hvordan det internasjonale samfunnet svarer stater som utfører tortur (FFT u.å.a).

KAPASITETSBYGGING OG KUNNSKAPSUTVEKSLING: Organisasjonen tilbyr opplæring og andre former for støttefunksjoner til fagfolk som arbeider med flyktninger, asylsøkere og sårbare migranter, inkludert mennesker som har vært utsatt for tortur. Målsettingen med denne opplæringen er å sikre en større forståelse for virkningen av komplekse traumer og tap, å kunne utføre behovs- og risiko-

vurdering for torturutsatte og deres familier og for å sikre en generell god praksis i arbeid med målgruppen. FFT tilbyr i tillegg tilsyns- og konsultasjonstjenester.

INTERNASJONALE PERSPEKTIVER

Erfaringene fra Danmark, Sverige og Storbritannia representerer kun tre av flere tilnærminger til rehabilitering av torturskader. Internasjonalt er det registrert over 160 ikke-statlige organisasjoner i over 70 land som jobber med dette, både i det globale sør og nord. Gjennom paraplyorganisasjonen IRCT utgjør disse organisasjonene et internasjonalt fagfellesskap som jobber kontinuerlig med å etablere internasjonale, standardiserte retningslinjer innen fagmiljøene som tilbyr rehabiliteringstjenester for torturutsatte for å sikre global tilgang til en best mulig rehabilitering.

IRCT har som mandat å levere spesialiserte tjenester til torturutsatte. Det er allikevel organisasjoner blant medlemmene som leverer tjenester til en bredere gruppe traumatiserte mennesker med fluktbakgrunn, og det vurderes dithen at IRCTs spesialiserte ytelser også kan være relevante for denne gruppen (eksempelvis personer med traumer fra krig, konflikt og flukt).

Det finnes ulike oppfatninger blant IRCTs medlemmer omkring selve behandlingsmetodene i rehabiliteringen, men det er et felles ideal om at man i størst mulig grad skal tilstrebe en holistisk rehabiliterings- og behandlingsmodell.

IRCT (2013, s. 12) har samlet sine medlemmers observasjoner, erfaringer og anbefalinger gjennom mange års kontakt og dialog med torturutsatte, og oppsummerer disse i fem overordnede retningslinjer som sier at rehabilitering av torturutsatte bør være:

- 1 *holistisk*: rehabilitering skal ta hensyn til alle aspekter ved individets eksistens;
- 2 *hensiktsmessig, tilgjengelig* og tilveiebragt på en måte som *sikrer sikkerhet og personlig integritet* til torturoverlevende, deres familie og omsorgspersoner;
- 3 *tilbudt så tidlig som mulig* etter torturhendelsen, uten krav til offeret om å forfølge saken juridisk, men utelukkende *basert på anbefalinger fra et kvalifisert helsepersonell*;
- 4 gitt i nært *samråd med offeret* og skreddersydd for å *møte de spesifikke behovene* til hvert enkelt offer;
- 5 tilstrekkelig *finansiert av nasjonale myndigheter*.

Erfaringer fra klinikkene – utfordringer og anbefalinger

I denne delen presenteres noen av aspektene klinikkene oppgir som særlig utfordrende i sitt arbeid med å sikre og utøve spesialiserte rehabiliteringstjenester til torturutsatte. Videre eksemplifiseres mulighetene som finnes innenfor en holistisk behandlingsmodell med anbefalinger og *best practice*.

Utfordringer knyttet til arbeid og behandling av målgruppen

De tre aktørene vi har vært i kontakt med, uttrykker bekymring for det nåværende politiske klimaets innvirkning på målgruppens tilgang til rehabilitering. Ikke bare bidrar den politiske debatten til å danne en generell utrygghet og ustabilitet i den enkeltes hverdag, men den er også med på å skape ytterligere strukturelle barrierer i tilgangen på tjenester. Det tar ofte flere år fra personer som har vært torturert, ankommer oppholdslandet, til de kommer til behandling, og selv etter henvisning er det ikke gitt at personen er motivert til å arbeide med de kliniske utfordringene som behandles ved klinikkene. Dette må ses på bakgrunn av flere faktorer som karakteriserer målgruppen.

IDENTIFISERING AV TORTURUTSATTE: I likhet med i Norge mangler det i dag effektive og systematiske screenings- og identifiseringsmekanismer i en rekke europeiske land (IRCT 2016). Videre er det mangelfull informasjonsdeling mellom relevante instanser som kan være med på å fange opp og identifisere torturutsatte. Både i Danmark og Sverige har man dokumentert at tilstrekkelig informasjon om asylsøkerens helse ikke følger pasienten gjennom asylforløpet, blant annet ved bosetting (IRCT 2016; Rigsrevisionen 2018).

Det er en dokumentert kunnskapsbrist om tortur og identifiseringsverktøy blant de som behandler og følger opp asylsaker i landene vi besøkte. Flere rapporter viser at saksbehandlere ved de britiske utlendingsmyndighetene rutinemessig feilhåndterer torturbevis i asylkravene (FFT 2019, 2016). Dette samsvarer med funn fra rapporten *Tortyrskader i asylprocessen under lupp* (Svenska Röda Korset 2015b) om asylprosessen i Sverige, som beskrevet tidligere.

Funnene må videre ses i sammenheng med en manglende kompetanse og usikkerhet på feltet, både i helsevesenet og blant andre aktører som er i jevnlig kontakt med torturutsatte, som fører til at torturutsatte kan ha vært gjennom en rekke instanser uten å bli identifisert.

TILGJENGELIGHET: Klinikkene vi besøkte, oppgir at det finnes en høy forekomst av fattigdom hos pasientene deres. Det er tilsvarende funn fra den norske kartleggingen, der organisasjonene opplever at mange pasienter ikke har råd til å betale eller legge ut for behandling i det ordinære behandlingsapparatet eller evner å betale for transport til og fra behandlingssted. Sentrene som er omtalt

i dette kapittelet, tilbyr gratis behandling til alle sine pasienter, men det er i dag bare FFT som gir full dekning til transport. Både Svensk Røde Kors og Dignity har tidligere kunnet tilby noe støtte, men begrensede midler gjør det vanskelig å opprettholde disse tjenestene, og det oppleves som vanskelig for pasientene å motta støtte til transport gjennom kommunale eller statlige tiltak.

Avstand til spesialiserte behandlingstjenester for torturutsatte oppgis å være en barriere for reell tilgang til rehabilitering av samtlige av aktørene. Ut over rent praktiske utfordringer som lang reisetid kan det å ta kollektivtransport over lange avstander være en psykisk utfordring innenfor det traumet pasienten opplever. Følgelig fører dette til at mange velger å isolere seg hjemme.⁹⁸

I tillegg kan lang ventetid påvirke tilgjengeligheten. Dette kan være en stor påkjenning, noe ikke alle nødvendigvis greier å stå i.

Det å kunne ha en rolle som uavhengig aktør erfares å være en klar fordel i arbeidet med å etablere troverdighet og tillit i møte med torturutsatte.

TRYGGHET, TILLIT OG TID: Som rapporten hittil har vist, har torturutsatte et særskilt behov for en sterk tillitsrelasjon til behandlingsapparatet. I tråd med uttalelser fra de norske informantene (kapittel 4) og litteratur på området (Hjemdal 2006) påpekes viktigheten av tid i etablering av trygghet og tillit. Organisasjonene ser et behov for tydelig markerte rammer hos pasientene sine. For å kunne skape et godt tillitsforhold forsøker behandlerne i så stor grad som mulig å definere rammene på pasientens premisser. En slik tilnærming krever rom og fleksibilitet, og det brukes mye tid til stabilisering og psykoedukasjon i forkant av og i løpet av et behandlingsforløp.

STABILISERING: Stabilisering beskrives som en vesentlig del av, og en forutsetning for å kunne ha god effekt av, et psykoterapeutisk behandlingsforløp. Klinikken opplever at pasienter med fluktbakgrunn har en typisk høy alarmberedskap. Dette gjør det særskilt vanskelig å arbeide med psykoterapeutiske behandlingsmetoder, ettersom pasienten ikke har tilegnet seg verktøy og teknikker til å håndtere denne typen triggende situasjoner. Pasienter som fortsatt befinner seg i en asylfase utsettes i tillegg for ytterligere stress med tanke på avklaring av asylsøknaden.⁹⁹

Organisasjonene erfarer at mange torturutsatte frykter at opplysninger omkring egen helse og tidligere opplevelser vil rapporteres videre til myndighetene, eller at det vil føre til represalier eller få konsekvenser for den videre asylprosessen. Det å kunne ha en rolle som uavhengig aktør erfares å være en klar fordel i arbeidet med å etablere troverdighet og tillit i møte med gruppen.

I tillegg til fysisk tilgang til tjenester kan pasientens sosioøkonomiske status ha stor innvirkning på stabiliseringsprosessen og selve innholdet i behandlingen. Fagpersonene ved klinikkene vi besøkte bruker derfor mye tid på å respondere på pasientenes sosioøkonomiske utfordringer, før de kan ta fatt på ren terapeutisk behandling. Det påpekes at det er vanskelig for gruppen å fokusere på traumehistorier og de metodene som benyttes i behandling når hverdagen er preget av mer prekære problemstillinger.

Lang ventetid for asylvedtak, midlertidige tillatelser og manglende mulighet for familiegjenforening er faktorer som bidrar til økt usikkerhet og uro, og som vanskeliggjør stabilisering og behandling.

RESSURS- OG KAPASITETSKREVENDE: En holistisk behandlingsmodell er tid- og ressurskrevende, og samtlige av organisasjonene legger vekt på å heve kunnskapen og kompetansen på feltet også innenfor de ordinære tjenestene. Organisasjonene legger mye ressurser i undervisning og bevisstgjøring av eksternt helsepersonell og andre relevante tjenesteytere med tanke på både hvordan man best kan møte gruppen og synliggjøre den kompetansen som allerede finnes i tjenestene.

Klinikkene har stor etterspørsel etter tjenestene sine og oppgir lang ventetid for behandling. Både Dignity og FFT opplever at det ordinære helsevesenet har en lav terskel for å henvise pasienter til de spesialiserte klinikkene, og at de som blir henvist, ofte ikke passer inn i behandlingssentrene avgrensninger. Samtidig opplever Røde Kors' klinikk i Malmö at flere henvisninger viser tegn på økt kunnskap om gruppen blant helsepersonell i det ordinære systemet, der det generelt oppleves å være en trøtthet og vegring mot å ta på seg disse sakene og henvise videre.

Anbefalinger knyttet til arbeid med og behandling av målgruppen

Aktørene vi var i kontakt med delte også sine erfaringer og *best practices*. De løftet spesielt frem følgende innspill i utforming av rehabiliteringstilbud som forsi-krer en holistisk rehabiliteringsmodell og en tverrfaglig behandlingsinnsats.

OPPRETT TVERRFAGLIGE TEAM RUNDT PASIENTEN: Det er svært viktig å danne individuelle tverrfaglige team rundt hver enkel pasient. Det gjør det mulig å skape en helhetlig behandlingsplan med en tydelig og kontinuerlig evaluert felles målsetting, i dialog med pasienten. Ikke bare er dette med på å trygge pasienten og skape kontinuitet i behandlingen, men det trygger også behandlerne

fordi de slipper å være alene om en pasient. En teambasert arbeidsmetode gir større rom for erfarings- og kunnskapsutveksling og andre støttemekanismer der fagpersoner også kan snakke på et overordnet plan om utfordringer og hendelser i hverdagen.

INKLUDER TOLKER I TEAMET: Å være tilknyttet en fast stab av tolker har stor betydning for å kunne gi en best mulig behandling. Ved å inkludere tolker i det tverrfaglige teamet vil man kunne sikre at pasienten følges opp av den samme tolken gjennom hele behandlingsforløpet. Trygghet, tillit og kontinuitet er avgjørende komponenter for en vellykket rehabilitering. Dette gjelder ikke minst for relasjonen mellom tolk og pasient. Når man bruker faste tolker som del av staben, blir det lettere å drive kvalitetssikring og kunnskapsutvikling, men også erfaringsutveksling og kollegastøtte.

INKLUDER EN SOSIALFAGLIG INNSATS: Det kan være svært utfordrende å fokusere på traumehistorier og de metodene som benyttes i behandling når hverdagen er preget av mer prekære og umiddelbare problemstillinger. En sosialfaglig funksjon kan adressere problemstillinger som ikke direkte knyttes til den kliniske behandlingen, men som kan skape mer stabile og trygge rammer for rehabiliteringen. Dette kan for eksempel være knyttet til usikkerhet rundt asyl- og bosettingsprosessen, og det kan bidra til en tettere kobling til samfunnet for øvrig gjennom å etablere kontakt med for eksempel arbeidsformidling og sosiale møteplasser.

INKLUDER BRUKERMEDVIRKNING: Det er behov for å inkludere brukerinformert ekspertise i utviklingen av tilbud og tjenester for torturutsatte. Dette kan blant annet gjøres gjennom spørreundersøkelser og jevnlig evalueringssamtaler rundt det individuelle og generelle behandlingstilbudet.

INKLUDER DOKUMENTASJON, PÅVIRKNINGSARBEID OG KAPASITETSBYGGING: Identifisering og dokumentasjon av torturskader i henhold til Istanbul-protokollen må bli systematisk ivaretatt og institusjonalisert. Dette fordrer opplæring, ansvarsfordeling, koordinering og nødvendige ressurser. At kapasitetsbyggende aktiviteter og opplæring utføres eller utformes av utøvende behandlere med førstehåndserfaring og ekspertise fra daglig kontakt med gruppen, blir ansett som en veldig viktig komponent for å heve kompetanse og kunnskap blant eksternt helsepersonell og andre som arbeider tett med torturutsatte. Opplæring, kompetanseheving og veiledning om tortur og rehabilitering av torturskader må ivaretas for relevante faggrupper. Dette fordrer at tjenesteyterne vet hvor de skal henvende seg, og at nødvendig kompetanse er tilgjengelig.

VURDER Å KOMBINERE STATLIGE OG UAVHENGIGE BEHANDLINGSSENTRE: IRCT uttaler at en god rehabiliteringsmodell *kan* være en kombinasjon av statlige og ikke-statlige spesialiserte rehabiliteringstilbud, der torturutsatte har et

reelt fritt valg av behandler og tjenesteyter. IRCT oppgir at for å kunne ha størst mulig påvirkningskraft og frihet til å beskytte pasientene sine, så er det en forutsetning for medlemmene deres at nettverket består av uavhengige behandlingssentre. De internasjonale organisasjonene i kartleggingen opplever at uavhengigheten gir dem større frihet til å uttale seg om situasjonen og utfordringer mennesker som har opplevd tortur står ovenfor, og skaper rom for bredere samarbeidsflater med donorer og andre type aktører. Et uavhengig senter vil i større grad kunne tilby hjelp til alle, uavhengig av juridisk status.

Det er ofte oppgitt at personer som har vært utsatt for tortur, har en overordnet mistillit til myndighetsaktører, så det at en uavhengig aktør står for rehabiliteringstilbudet kan gjøre det lettere å skape tillit hos brukerne av tjenestene.

KAPITTEL 6

Konklusjon

Denne rapporten har som formål å undersøke hvilke internasjonale forpliktelser Norge har til å tilby rehabilitering til torturutsatte med fluktbakgrunn, hvordan dette ivaretas i norsk rett, hva fagfolkene mener, og hva som er viktig i et rehabiliteringstilbud. I dette siste kapittelet sammenfatter vi svarene på de fire spørsmålene som har ligget til grunn for arbeidet med denne rapporten:

- 1 Hvilke internasjonale forpliktelser har Norge når det gjelder behandling og rehabilitering for torturutsatte, og blir forpliktelsene ivaretatt i norsk rett?
- 2 Hvordan er helsetjenestetilbudet i Norge organisert for å møte, identifisere og tilby behandling og rehabilitering til torturutsatte med fluktbakgrunn?
- 3 Hvordan beskriver fagpersoner muligheter og begrensninger knyttet til behandling og rehabilitering til torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge?
- 4 Hvilke erfaringer kan man høste fra utvalgte europeiske land som har spesialiserte rehabiliteringstilbud for torturutsatte?

Kartleggingen viser at torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge er en gruppe som ikke sikres et godt nok rehabiliteringstilbud, til tross for at foreliggende forskningsmessige og kliniske erfaringer tilsier at dette er en sårbar gruppe.

INNLEDNING

Formålet med denne rapporten er å undersøke hvilke internasjonale forpliktelser Norge har til å tilby rehabilitering til torturutsatte med fluktbakgrunn, hvordan dette ivaretas i norsk rett, hva fagfolkene mener, og hva som er viktig i et rehabiliteringstilbud. Vi har nærmet oss dette på tre nivå: det juridiske, det strukturelle og det praktiske. Vi har også sett på hvordan rehabiliteringstilbudet for torturutsatte med fluktbakgrunn er organisert i tre andre europeiske land: Danmark, Sverige og Storbritannia. I dette kapitlet svarer vi på spørsmålene som denne kartleggingen har tatt for seg i de fire hovedkapitlene (kapittel 2 til 5):

- 1 Hvilke internasjonale forpliktelser har Norge når det gjelder behandling og rehabilitering for torturutsatte, og blir disse forpliktelsene ivaretatt i norsk rett?
- 2 Hvordan er helsetjenestetilbudet i Norge organisert for å møte, identifisere og tilby behandling og rehabilitering til torturutsatte med fluktbakgrunn?
- 3 Hvordan beskriver fagpersoner muligheter og begrensninger knyttet til behandling og rehabilitering til torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge?
- 4 Hvilke erfaringer kan man høste fra utvalgte europeiske land som har spesialiserte rehabiliteringstilbud for torturutsatte?

Rapporten konkluderer med at torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge er en gruppe som ikke sikres et godt nok rehabiliteringstilbud, til tross for at foreliggende forskningsmessige og kliniske erfaringer tilsier at dette er en sårbar gruppe.

NORGES RETTSLIGE FORPLIKTELSE

Internasjonal

Gjennomgangen av de relevante internasjonale rettskildene viser at norske myndigheter i mange tilfeller er forpliktet til å tilby rehabilitering til torturutsatte.

FNs torturkonvensjon har en klar bestemmelse om rehabilitering til torturutsatte i artikkel 14. FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter fastslår at statene må gi helsehjelp til alle, men torturutsatte er ikke nevnt spesielt. Selv om det er anledning til å gjøre visse begrensninger i retten til helsehjelp, for eksempel av økonomiske hensyn, må forpliktelsen til å sikre den høyest oppnåelige helsestandarden strekke seg langt i en ressurssterk nasjon som Norge – også for torturutsatte.

I tillegg til FN-konvensjoner har vi også sett på EUs asylregelverk. Statusdirektivet og mottaksdirektivet bestemmer blant annet at EU-statene må sikre torturutsatte som søker asyl, nødvendig behandling, både medisinsk og psykologisk. Selv om direktivene ikke er bindende for norske myndigheter, kan de på flere forskjellige måter brukes som rettskilder. Det er uttalt norsk politikk at de nasjonale reglene på utlendingsfeltet skal harmoniseres med EU sine regler, og dermed får også disse kildene betydning.

På bakgrunn av de internasjonale kildene vi har sett på er det ikke mulig å stille opp en absolutt plikt for norske myndigheter til å sørge for rehabilitering til alle torturutsatte, men det er mulig å finne gode, rettslige argumenter for å følge de internasjonale bestemmelsene i større grad enn det vi er rettslig forpliktet til. Noen av disse argumentene kan brukes i tolkningen av de ulike kildene i kapittel 2, men de fungerer også som argumenter når det internasjonale rettskildebildet ses i sammenheng, slik vi gjør her.

Forbudet mot tortur er absolutt og er å anse som sedvanerett, og det står derfor sterkt i internasjonal rett. Rehabilitering av torturutsatte kan forstås i sammenheng med torturforbudet, blant annet gjennom det forhold at stater som unnlater å beskytte borgerne sine mot tortur, har en opplagt forpliktelse til å yte rettferdighet og oppreisning, blant annet gjennom rehabilitering. Arbeidet for å forebygge tortur, bidra med beskyttelse og rehabilitering til de utsatte og straffe de ansvarlige inngår som deler av et helhetlig ansvar for å oppfylle det absolutte forbudet.

Det er også sterke argumenter for konkret å følge torturkonvensjonens artikkel 14 om rehabilitering. Diskusjonen om universell jurisdiksjon ved oppreisning eller erstatning etter grove menneskerettighetsbrudd er relevant, men det er samtidig grunn til å skille mellom økonomisk kompensasjon og rehabilitering. Dersom staten er tilbakeholden med å ta ansvar for den økonomiske erstatningen, er det likevel gode grunner for å sørge for rehabilitering til de som trenger det. Vi vet at en torturert person kan ha smerter og skader etter tortur som kan vedvare over lang tid, og også forverre seg dersom de ikke behandles. Når rehabiliteringsbehovet «består» også i den nye staten, bør oppholdsstaten ta ansvar for å tilby rehabilitering uavhengig av hvor torturen er begått. En slik behandling vil kunne være en forutsetning for at den torturutsatte skal kunne fungere i samfunnet.

Enhver stat bør også ta ansvar for helsen og helsetjenestetilbudet til personer som oppholder seg i landet. Det er selvsagt urimelig å kreve at personer som har fått beskyttelse i Norge, skal oppsøke hjemstaten for å få rehabilitering. Det er også gode grunner til å sørge for tilstrekkelig helsehjelp til personer som ikke har fått asyl, men opphold av humanitære grunner, og som har et behov for rehabilitering på grunn av tortur. Både praktiske argumenter og sterke helse- og integreringsargumenter taler for å ha et godt rehabiliteringstilbud tilgjengelig. Også for

de som er utsatt for tortur på flukt fra hjemlandet vil det være vanskelig å søke rehabilitering der torturen har skjedd. Behovet bør av praktiske og humanitære grunner dekkes der den torturutsatte oppholder seg.

Nasjonalt

Den nasjonale helselovgivningen skal være i tråd med de internasjonale forpliktelsene som staten har. Helselovene er ikke utformet slik at de gir noen eksplisitte rettigheter til torturutsatte, men lovene utelukker heller ikke at rehabilitering kan gis til denne gruppen. Norsk helselovgivning legger til rette for en konkret vurdering av behovet hos den enkelte pasient. En person som har vært torturert og som har behov for rehabilitering, vil i de fleste tilfeller ha krav på det i henhold til det norske lovverket.

Det norske lovverket i form av lover og forskrifter ivaretar langt på vei de internasjonale forpliktelsene Norge har. Når torturutsatte likevel ikke får rehabilitering i tilstrekkelig grad i Norge i dag, handler det om de utfordringene som vi peker på i andre deler av kartleggingen, for eksempel manglende ansvar for identifisering, at systemet ikke er tilpasset behovet til denne gruppen, og mangel på kompetanse.

Selv om lovverket formelt sett er dekkende, kunne det med fordel ha vært utformet på en måte som tydeliggjør torturutsattes rett til rehabilitering. Torturkomiteen (CAT 2012) foreslår en rekke konkrete tiltak som bør være på plass for å ivareta torturutsatte, og de generelle anbefalingene fra komiteen bør i større grad brukes i utformingen av regelverk og veiledere også i Norge.

Personer som ikke har lovlig opphold i Norge, kommer i en annen stilling. Det følger av ØSK artikkel 12 at *enhver* har rett til helsehjelp, men i Norge forskjellsbehandles folk basert på oppholdstillatelsen de har. ØSK-komiteen (CESCR 2013) har vært tydelige på at det ikke er tillatt å gjøre unntak, slik det er åpnet for i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2, men uttalelsen fra komiteen er ikke bindende for norske myndigheter. Det norske lovverket gir ikke personer som er torturert og oppholder seg i Norge uten lovlig opphold, tilstrekkelig tilgang på rehabilitering. Det er et paradoks at torturutsatte uten oppholdstillatelse stenges ute fra helsehjelp helt frem til behovet blir akutt og ikke kan vente. Tortur kan føre til alvorlige fysiske, psykiske og sosiale skader som varer over tid, og torturskader kan utvikle seg til å bli så alvorlig at det er nødvendig med øyeblikkelig hjelp. Det hadde vært mye bedre om hjelpen ble gitt før situasjonen ble akutt.

ORGANISERINGEN AV TJENESTETILBUDET

Rehabilitering for torturutsatte i Norge skal hovedsakelig ivaretas av det ordinære helsevesenet, bortsett fra for tannhelse, der torturutsatte har tilgang til et tilrettelagt tannhelsetilbud.

Rehabiliteringstilbudet for torturutsatte påvirkes av riktig identifisering, kunnskap om tortur og av tilgang på likeverdige helse- og omsorgstjenester. Manglende kompetanse om temaet tortur, torturskader og behandling, kulturforståelse og tolketjenester framheves videre som sentrale barrierer.

Det finnes mange situasjoner og anledninger der asylsøkere og flyktninger med torturerfaringer kan bli identifisert gjennom asyl- og bosettingsprosessen. Dette kan for eksempel skje under den lovpålagte tuberkuloseundersøkelsen eller helsekartlegginger, som kan bli gjennomført flere ganger. Det er ikke bare helsepersonell som er viktige for å motta informasjon om torturerfaringer. Asylintervjuet utgjør også en viktig identifiseringsmulighet. Personer i det daglige miljøet kan også motta informasjon om at en person har vært torturert; det kan handle om mottaksansatte, miljøterapeuter, lærere, programrådgivere i introduksjonsprogrammet for nyankomne flyktninger og frivillige organisasjoner.

Det er svært tilfeldig hva slags tilbud en torturutsatt får.

Det har lenge vært uttrykt bekymring blant helsepersonell og fagfolk/eksperter i Norge om tilbudet til torturutsatte med fluktbakgrunn. I Norge er fagmiljøet med kompetanse på torturrehabilitering fragmentert. Tilbudene varierer, og selv om det finnes lokale og i noen tilfeller regionale løsninger, blir det ikke ivaretatt et systematisk og institusjonalisert tilbud på landsbasis. Det er derfor svært tilfeldig hva slags tilbud en person som har vært utsatt for tortur får. Dokumentasjon av torturskader i henhold til Istanbul-protokollen blir ikke ivaretatt på en systematisk måte i Norge.

Funnene i kartleggingen viser videre at opplæring om tortur, torturskader og behandling er svært mangelfull ved norske profesjonsstudier i medisin, psykologi og rettsvitenskap, grunnutdanning i sykepleie og bachelor i politi. Tortur som tema er ikke systematisk inkludert i undervisningen ved majoriteten av utdanningsinstitusjonene vi kontaktet, og det fremstår som vilkårlig hvorvidt de ulike

fagprofesjonene får opplæring om tortur, torturskader og behandling. Det er allikevel verdt å nevne at tema om forbudet mot tortur inngår i profesjonsstudiet i rettsvitenskap ved samtlige læresteder som tilbyr fagretningen. Det er relevante fagretninger som ikke har blitt inkludert i denne kartleggingen, herunder fysioterapi, tannhelse og sosialt arbeid (sosionom).

REHABILITERINGSMULIGHETER

En gjennomgående tilbakemelding fra fagmiljøet er at behandlings- og rehabiliteringstilbudet for torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge er svært mangelfullt. Samtidig viser de også til muligheter som har vært skapt, og rammer som har blitt institusjonalisert, eller som har utviklet seg lokalt ved arbeidsplassen. Dette viser igjen at rehabiliteringstilbudet for torturutsatte i Norge er fragmentert og personavhengig.

Det er mange forhold som kompliserer identifisering av torturskader både hos tjenesteutøveren og den som er torturert. Mangel på trygghet og tid til å etablere en tillitsfull relasjon kan vanskeliggjøre identifisering av torturskader. Å identifisere torturskader forbundet med skam, tabu og skyldfølelse er spesielt vanskelig og tidkrevende. For tjenesteutøveren kan det også være aspekter ved temaet eller tilbudet rundt som påvirker identifiseringsprosessen. Fordi det ikke finnes et spesialisert tilbud for torturutsatte ut over TOO, kan det være en tendens til at man simpelthen følger symptomene. Det kan også oppleves som uetisk eller til og med uønskelig å identifisere torturskader hvis man opplever at man ikke har noe å tilby.

Konsekvensene av tortur er gjerne langvarige og inngripende. En holistisk behandlingstilnærming er viktig. Tillit bygges over tid, og god rehabilitering fordrer at man anerkjenner de mangefasetterte problemstillingene som kan være en del av det å leges i eksil. En slik tilnærming kan være svært krevende innenfor rammevilkårene i det ordinære helsevesenet, med stort tidspress, mange forskjellige pasientgrupper og fokus på produksjons- og inntjeningskrav. Når det kommer til torturutsatte som gruppe og deres rehabiliteringsbehov, viser erfaringer fra praksisfeltet at det generelt sett er en stor mangel på ansvarsfordeling og forankring av hvem som skal tilby rehabilitering, og hva rehabiliteringen skal inkludere.

Det er også store mangler på kompetanse på hvordan man skal gi et holistisk rehabiliteringstilbud til gruppen. Utfordringer rundt tolketjenester og tolkebruk ble løftet frem av informantene som ett eksempel. Erfaringene viser også at det er stor fare for at tilbudt behandling ikke er koordinert, og at det er stort behov for en los i rehabiliteringstilbudet og for noen som tar ansvar for at både sosial rehabilitering og familieperspektivet blir ivare tatt på en systematisk måte.

De fleste av våre informanter beskrev et stort engasjement og at arbeidet oppleves som spesielt meningsfullt. Selv om tortur representerer ekstreme handlinger, er det ikke temaet i seg selv informantene beskriver som det vanskeligste med arbeidet. *Snarere er det den avmakten de kan kjenne på i møtet med systemet.* Informantene mente også at det å være en del av et fagmiljø og et team og å ha tilgang til kollegastøtte, å være bevisst på og respektere egne grenser, å ha tilgang til og få anerkjennelse for behovet for veiledning og rådgivning, i tillegg til kompetanseheving og faglig utvikling, var viktige elementer for å ivareta hjelperne i behandlings- og rehabiliteringsarbeidet av torturskader.

Som frivillig aktør ønsket Røde Kors å få innblikk i hvordan fagpersoner ser frivillighetens rolle som en del av rehabiliteringstilbudet for torturutsatte. Frivilligheten ble nevnt som et viktig tillegg. Dette handler først og fremst om aspekter som støtter opp om rehabiliteringen, mens selve rehabiliteringen blir regnet som det offentliges ansvar.

Fagpersonenes beskrivelser av muligheter og begrensninger knyttet til behandling og rehabilitering til torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge kan oppsummeres slik:

- Fravær av en nasjonal plan.
- Manglende kompetanse på feltet.
- Stor avhengighet av engasjerte fagfolk.
- For lite systematisk utbygd nettverk for å kunne møte de ulike behovene.
- Manglende rammer for å kunne følge opp den enkelte på den måten som kreves.
- Begrensede rutiner for å identifisere og videreformidle personer med torturskader.
- Utfordringer i tilgang til og tilgjengelighet av rehabiliteringstilbudet uavhengig av oppholdsstatus og grunnlag.
- Hjelperne har behov for veiledning og et fagmiljø.
- Rehabilitering av torturskader er offentlighetens ansvar.

INTERNASJONALE ERFARINGER

I motsetning til dagens tilbud for torturutsatte i Norge har det i flere tiår eksistert spesialiserte rehabiliteringstjenester for torturutsatte i Danmark, Sverige og Storbritannia. Alle de europeiske organisasjonene som er presentert i denne rapporten, ble opprettet i løpet av 1980-tallet og har siden den gang blitt ledende aktører på torturfeltet i sine respektive land. Vår kartlegging viser at disse spesialiserte behandlingssentrene har valgt ulike måter å organisere seg og samarbeide med nasjonale myndigheter på.

Behandlingssentrene som er tatt med i kartleggingen, har valgt å følge anbefalinger for en holistisk rehabiliteringsmodell og forfekter en tverrfaglig behandlingsinnsats som inkluderer fysiske og psykiske behandlingstjenester, rådgivning, juridisk bistand, forskning, dokumentasjon og påvirkningsarbeid for torturutsatte.

Det er konsensus blant de internasjonale informantene for at det må tilbys nasjonale spesialiserte rehabiliteringstilbud for torturutsatte som reflekterer deres reelle behov, erfaringer og ekspertise, og som i størst mulig grad inkluderer kliniske, juridiske og sosiale aspekter ved torturutsattes liv. Det bør i tillegg sørges for at tjenestene når ut til og hjelper flest mulig ved at man skaper standarder som gjør rehabilitering mer tilgjengelig, og som hindrer diskriminering i tilgangen til tjenester, blant annet på bakgrunn av de torturutsattes sosioøkonomiske status.

OVERORDNEDE FUNN

Torturutsatte er en særskilt sårbar gruppe i samfunnet vårt. Funnene i rapporten indikerer at mange torturutsatte i Norge ikke får oppfylt sin rett til rehabilitering, og at tilbudet som gis fra norske myndigheter, er utilstrekkelig.

Det er mange årsaker til dette.

Torturskader er krevende å identifisere og følge opp for helsepersonell. Personer som har blitt torturert, kan slite med skam og fortregning og kan ha store tillitsutfordringer i møte med et offentlig hjelpeapparat. I tillegg vet vi at ulike tilnærminger til helse, manglende systemforståelse og helsekompetanse i tillegg til svake norskkunnskaper og mangler i tolketilbudet og i bruk av tolk utgjør betydelige barrierer for innvandrere med behov for helsehjelp i Norge. Dette rammer også torturutsatte.

Samtidig er det spesifikke forhold i Norge som vanskeliggjør og svekker identifiserings- og rehabiliteringsarbeidet mer enn nødvendig. I motsetning til våre

naboland Danmark og Sverige, som har dedikerte sentre som jobber helhetlig med tematikken, lener norske myndigheter seg utelukkende på det ordinære helsevesenet når det kommer til identifisering og rehabilitering av torturskader – med unntak av et dedikert tannhelsetilbud. Det er ikke tilstrekkelig.

I arbeidet med denne rapporten har Røde Kors vært i kontakt med en rekke kunnskapsrike og engasjerte fagpersoner som utgjør en stor forskjell for torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge i dag. Disse menneskene bidrar til kvalitet, faglig utvikling og håndtering av krevende tortursaker, og mange jobber også med påvirkning av beslutningstakere. Samtidig er det slående at innsatsen er personavhengig heller enn resultat av en systematisk prioritering fra nasjonale myndigheter. Selv om det gjøres mye godt arbeid allerede, er dagens organisering svært variert, og der hvor tilbudet er bedre, er det for sårbart. Tilbudet er derfor fragmentert og tilfeldig.

Dessverre avdekker denne rapporten også manglende systematikk i identifiseringsarbeidet når det kommer til tortur, og generelt svak kunnskap om og begrenset bruk av sentrale dokumenter, for eksempel Istanbul-protokollen. En gjennomgang av innholdet i norske profesjonsstudier har også vist at profesjoner som medisin, psykologi og sykepleie i liten grad blir eksponert for temaet i sin grunnutdanning. Uten kunnskap om kompleksitetene ved torturskader blir det svært krevende å drive godt identifiseringsarbeid i hjelpeapparatet – noe som er en forutsetning for at rehabilitering i det hele tatt skal finne sted.

Kombinasjonen av et lovverk som ikke er tydelig på norske myndigheters forpliktelser til å tilby rehabilitering, og et fragmentert og personavhengig rehabiliteringstilbud gjør at torturutsatte i Norge er i en særlig sårbar situasjon sammenliknet med torturutsatte i Skandinavia for øvrig.

NOTER

- 1 Helsedirektoratet (2015c) viser også til at de «har over en lengre periode mottatt bekymringer og tilstandsbeskrivelser» om tilbudet til traumatiserte asylsøkere og flyktninger, inkludert torturutsatte.
- 2 Unntaket gjelder tannhelse. Det finnes et tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi).
- 3 ICRC har et spesielt ansvar for å beskytte og overvåke at Genève-konvensjonene blir fulgt og har over flere år utarbeidet sedvanerettsstudien.
- 4 Den internasjonale FN-domstolen har slått fast at forbudet mot tortur er en tvingende norm det ikke er anledning til å fravike (*jus cogens*) (se Senegal v. Belgium, International Court of Justice 2012). Det er universell jurisdiksjon for straffeforfølgelse ved brudd på forbudet.
- 5 Det totale antallet mennesker på flukt er 70,8 millioner.
- 6 For detaljerte tall om ankomster og overføringsflyktninger per år fordelt på land og grunnlag, se udi.no.
- 7 Her brukes SSBs (2019) definisjon der «flyktningbakgrunn inkluderer alle personer som selv kom som flyktninger, samt familietilknyttede til disse, og kan i sammenheng med innvandringsgrunn bli brukt som synonym til “kommet på grunn av flukt”.»
- 8 Manuskriptet er utilgjengelig, men er sitert i Jakobsen et al. 2007 med følgende referanse: Dahl, S., Dahl, C.-I., Sandvik, L. og Hauff, E. (2005) *Problems of attrition in follow-up studies of traumatized refugee patients: Practical and methodological issues*.
- 9 Se *Kulturformuleringsintervjuet (KFI), DSM-5*: <https://rop.no/globalassets/verktoy/kulturformuleringsintervjuet.pdf> (hentet 01.10.19).
- 10 Forfatterne referer her til fysisk tortur (s. 727).
- 11 Presentasjon fra Svensk Røde Kors (mai 2019).
- 12 Wien-konvensjonen (1969) om traktatstolkning artikkel 31–33 regnes for å uttrykke sedvanerett når det gjelder traktatstolkning. Konvensjonen viser til flere tolkningsfaktorer: En traktat skal tolkes i god tro og i samsvar med den ordinære betydningen av begrepene i den konteksten de er brukt i, og i lys av formålet. Når traktaten skal tolkes, kan blant annet avtaler mellom konvensjonspartene, instrumenter knyttet til traktaten som konvensjonspartene er enige om, praksis knyttet til konvensjonen, relevante regler i internasjonal rett og forberedende arbeid knyttet til trakten være relevante kilder.

- 13 Utvalget av kilder er gjort basert på en vurdering av hvor relevante de er. Kartleggingen er dermed avgrenset til kilder som er relevante, men i mindre grad enn de som er valgt, som regler som gjelder i krig og konflikt (Genève-konvensjonenes tilleggsprotokoll I, artikkel 91, om reparasjon til personer som har blitt utsatt for tortur), EMK artikkel 3 og FNs flyktningkonvensjon (1951).
- 14 Norge har innarbeidet menneskerettslige forpliktelser på flere forskjellige måter i norsk rett. Gjennom menneskerettsloven av 1999 er noen menneskerettskonvensjoner gjort til norsk lov og gitt forrang foran annet regelverk. Det er videre tatt inn en bestemmelse i Grunnlovens § 92 om at myndighetene skal respektere og sikre menneskerettighetene som Norge er bundet av. Flere menneskerettigheter er også tatt direkte inn i Grunnloven, for eksempel forbudet mot tortur. I tillegg følger det av det såkalte presumsjonsprinsippet at all norsk rett, så langt det er mulig, skal tolkes i samsvar med de folkerettslige forpliktelsene Norge har.
- 15 Konvensjonen er ikke inkorporert i norsk rett, men norske myndigheter er forpliktet til å gjennomføre konvensjonen på grunnlag av den folkerettslige forpliktelsen og den generelle menneskerettsbestemmelsen i Grunnloven § 92.
- 16 *The Committee Against Torture*, i norsk oversettelse torturkomiteen, består av ti uavhengige eksperter som overvåker implementeringen av torturkonvensjonen i de enkelte statene.
- 17 Generelle kommentarer fra overvåkingsorganer er ikke bindende for statene, men folkerettslig kan de tillegges betydelig vekt (Bårdsen 2017). I norsk rett kan generelle kommentarer tillegges betydelig vekt når en konvensjon tolkes, men det avhenger blant annet av hvilken status konvensjonen har, metodisk kvalitet og grundighet, det øvrige rettskildebildet og hvor konkret kommentaren er (Larsen 2018).
- 18 Istanbul-protokollen, eller *Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, er internasjonale retningslinjer for å dokumentere tortur og følgene av tortur, utgitt av FNs høykommissær for menneskerettigheter første gang i 1999, senere revidert i 2004. Protokollen er ikke rettslig bindende for statene, men FNs torturkomité anbefaler at protokollen brukes for å sikre at retten til rehabilitering blir tilstrekkelig gjennomført i nasjonal rett. Det er planlagt en revidert utgave av Istanbul-protokollen for 2020.
- 19 Se for eksempel *Naït-Liman vs. Sveits* (EMD 2018).
- 20 Da USA ratifiserte konvensjonen, ga de en uttalelse der de tolket artikkel 14 slik at de bare ville gi en rettighet til personer som var utsatt for tortur innenfor statens jurisdiksjon (CAT 1996, s. 19).
- 21 En resolusjon fra FNs generalforsamling må anses som «soft law» og kan være et moment ved tolkningen av en konvensjon.
- 22 *The Committee on Economic, Social and Cultural Rights*, i norsk sammenheng kalt ØSK-komiteen. Se sluttnote 17 når det gjelder hvilken vekt slike generelle kommentarer har.

- 23 *Committee on the Rights of the Child* (CRC), i norsk oversettelse Barnekomiteen, består av 18 uavhengige eksperter som overvåker implementeringen av barnekonvensjonen.
- 24 Dette kan for eksempel være personer som oppholder seg i landet mens asylsøknaden behandles, eller som har fått en (relativt) kortvarig oppholdstillatelse.
- 25 *Ressursgruppen for torturofre og krigstraumatiserte flyktninger* (RESTORE) har blant andre vært aktive (Lie, Sveaass og Hauff 2014).
- 26 En NKVTS rapport fra 2006 inkluderte kartlegging av tilbudet til blant andre torturutsatte (Hjemdal 2006).
- 27 St.meld. nr. 17 (1996–1997) *Om innvandring og det flerkulturelle Norge* er den første stortingsmeldingen som omhandler innvandring (Lie, Sveaass og Hauff 2014).
- 28 Mottatt etter forespørsel til Helsedirektoratet (august 2019).
- 29 RVTS Øst var høsten 2019 i gang med å utvikle et prosjekt om tortur som skal innbefatte undervisningsmoduler, og å etablere et nettverk for fagfolk på tema innen klinisk arbeid, forskning og policy (meddelt Røde Kors i e-post november 2019).
- 30 Tilgjengelig fra: <http://kurs.helsekompetanse.no/traumebehandling> (hentet 15.11.19).
- 31 I *Traumebehandling i vest* (se <https://www.rvtsvest.no/traumebehandling-i-vest/>, hentet 15.11.19) omhandles temaet tortur under overskriften *Psykisk helse hos flyktninger og behandling av flyktninger*.
- 32 I 2019 kom *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. Helsekompetanse defineres slik: «personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet 2019, s. 5).
- 33 Veilederen er en oppdatert utgave av IS-1022 (2003/2010). De første retningslinjene for helsetjenestetilbudet for flyktninger i Norge kom i 1993 (IK 9-93) (Lie, Sveaass og Hauff 2014).
- 34 Se for eksempel beskrivelse på Trondheim kommune sin hjemmeside: <https://www.trondheim.kommune.no/tema/sosiale-tjenester/flyktninger-og-asylsokere/flyktningehelseteamet/> (hentet 04.12.2019). Flyktningehelseteamet i Trondheim kommune tilbyr også helsetjenester til personer uten lovlig opphold.
- 35 For mer om introduksjonsprogrammet, se IMDi (u.å.).
- 36 Det er ikke kjent for oss hvor mange slike team som eksisterer på landsbasis.

- 37 Tilbudet er det eneste tiltaket på tannhelsefeltet som fikk friske midler i 2019. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å evaluere ordningen i tildelingsbrevet for 2020 (meddelt Røde Kors i e-post januar 2020).
- 38 Asylsøkere har rettigheter under Helfo og kan søke om tilleggsmidler til tannbehandling gjennom UDI.
- 39 Noen fylkeskommuner gir bare tilbud om angstbehandling; andre tilbyr full rehabilitering av tennene, og de fleste tilbyr noe midt imellom.
- 40 Tall oppgitt ved henvendelse til Helsedirektoratet (august 2019).
- 41 En av utvalgets anbefalinger for NOU 2011:10 (s. 216) var at «[h]elsetjenesten for ankomstsenter og transittmottak gis en styrket kapasitet for å identifisere sårbare personer med spesielle behov, herunder personer med psykiske lidelser og personer med fysiske skader etter tortur og andre overgrep.»
- 42 Selve implementeringen av Istanbul-protokollen var planlagt fra våren 2018 til høsten 2019. RVTS Vest og Migrasjonssenteret i Bergen kommune gjennomfører et prosjekt inspirert av dette. Prosjektets mål er å identifisere, kartlegge og følge opp torturutsatte.
- 43 Informasjon mottatt per e-post fra Helsesenteret for papirløse migranter (august 2019).
- 44 Pilotprosjektet *Identifisering, tilrettelegging og oppfølging av sårbare asylsøkere med særskilte behov i ankomsttransitt* (Lie et al. 2015) anbefaler en trianglering – en hurtig behovskartlegging ved ankomst.
- 45 Istanbul-protokollen fremhever flere årsaker som kompliserer identifisering (se OHCHR 2004, s. 28).
- 46 Sveaass og Lie (under publisering) anbefaler at det burde gjennomføres en helse-samtale samtidig med den obligatoriske tuberkuloseundersøkelsen for å fange opp blant annet torturskader, som så kan følges opp med nødvendige tiltak, utredning og dokumentasjon.
- 47 Undersøkelsen utføres ulikt for forskjellige aldersgrupper: spedbarn undersøkes med personlig konsultasjon, barn med IGRA-blodprøve, og ungdom og voksne med lungerøntgen (FHI 2010).
- 48 Pilotprosjektet viser til at «[d]et skjer [...] i dag en viss kartlegging av asylsøkere der søkere med store fysiske helseproblemer sannsynligvis blir fanget opp. Men utover dette er det relativt begrenset hva som i praksis fanges opp og identifiseres» (s. 47).
- 49 For å sikre «troverdighet i asylprosessen [...] anbefales] utredning av torturskader [...] så tidlig som mulig» (Lie et al. 2015, s. 54).
- 50 E-post fra UDI (oktober 2019).

- 51 Helsedirektoratet støttet anbefalingen fra pilotprosjekt i ankomsttransitt (Lie et al. 2015) om at «[...]d]et bør innføres en egen takst for refusjon av ressursbruk til bestilling, utredning og dokumentasjon av torturskader eller annen form for overgrep» (Helsedirektoratet og Utlendingsdirektoratet 2015, s. 13, kursiv i originalen).
- 52 Lie et al. (2015, s. 54) anbefaler at «implementering av rutiner for gjennomføring av utredning av torturskader må skje i samarbeid med profesjonsforeningene.»
- 53 Lie et al. (2015) anbefaler på oppdrag fra Helsedirektoratet og UDI ti tiltak for systematisk identifisering av asylsøkere med oppfølgingsbehov. En av anbefalingene omhandler utredning og dokumentasjon av torturskader. Hvilke anbefalinger som Helsedirektoratet fortsatt så som aktuelle ble gjennomgått i 2017 etter anmodning fra Helse- og omsorgsdepartementet (Helsedirektoratet 2017b). Dette gjaldt: «lovregulering av mottakstilbudet til asylsøkere generelt og for sårbare asylsøkere med særskilte behov spesielt» (s.1); «at ansvarsforholdene mellom de ulike etatene i utlendingsforvaltningen, helsetjenesten i ankomstfasen/transitt og kommunal helsetjeneste klargjøres, og lovreguleres» (s. 2); «at Istanbul-protokollens prosedyrer bør inngå som en del av helsetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente» (s. 3); og «at søkerens/pasientens samtykke skal være hovedregelen for utlevering av helseopplysninger fra helsepersonell til Utlendingsdirektoratet» (s. 4).
- 54 Blant de fleste var fokuset primært på helseerklæringer og journalføring. Helseerklæringer er også det som kreves av Utlendingsmyndighetene.
- 55 I tillegg til tiden som kreves for å lage en rapport, kan det være nødvendig for helsepersonell å stille som vitne i rettsaker.
- 56 Vi har ikke vært i dialog med alle de nevnte aktørene.
- 57 Treårig prosjekt med ansettelse av psykolog ved virksomheten som inkluderer: system- og samfunns-rettet arbeid, veiledning/fagstøtte til personell/tjenester i kommunen, helsefremmende forebyggende arbeid og lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud (meddelt Røde Kors i e-post juli 2019).
- 58 En nyttig ressurs er *Guide for flyktningforeldre*, som er tilgjengelig på: <http://flyktning.helsekompetanse.no/guide-og-app-flyktningforeldre-og-e-l-ringskurs-hjelperne> (hentet 04.12.19).
- 59 Andre relevante paragrafer i forskriften: § 5c «kan anvende kunnskap om kulturkompetanse og kulturforståelse i vurdering, planlegging, gjennomføring og evaluering av sykepleie»; § 6d: «kan planlegge og gjennomføre selvstendige vurderinger av sykepleiebehovet til mennesker med urfolks- og minoritetsbakgrunn»; § 7 «har kunnskap om hvilken betydning kultur- og språkbakgrunn har for sykdomsforståelse og likeverdige tjenester»; og § 15: «har innsikt i hvordan pasienters språklige og kulturelle bakgrunn utfordrer ivaretagelse av kvalitet og pasientsikkerhet, samt kunnskap om bruk av tolk».

- 60 Her kan fokuset være utelukkende på psykiatri og tvangsbehandling, ikke nødvendigvis på tortur.
- 61 Andre relevante paragrafer i forskriften inkluderer § 13k «[Kandidaten] har kunnskap om hvordan forståelse av psykisk helse og behandling kan variere på tvers av grupper og kulturer»; § 13c: «har inngående kunnskap om lettere, moderate og alvorlige psykiske lidelser, inkludert samsykelighet, traumereaksjoner, suicidalitet, rus og avhengighet»; og § 19b «[Kandidaten] kan anvende kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere og integrere dette i sin tjenesteutøvelse».
- 62 Lie et al. (2015, s. 51) anbefaler at man i «samarbeid med profesjonsforeningene (lege/ psykolog/sykepleier) får lagt [...] kompetanseheving for utredning og dokumentasjon av torturskader] inn i grunnopplæring samt i videre/etterutdanning som obligatoriske emnekurs.»
- 63 I sin *Evaluering av Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017* påpekte Helsedirektoratet (2018, s. 13) at «[d]e medisinske profesjonsutdanningene har lite fokus på tolking og hvordan kommunisere med minoritetsspråklige pasienter. Undervisningen i dette temaet ser ut til å være mangelfull».
- 64 13 institusjoner ble kontaktet (se tabell 4), men Røde Kors har kun lyktes å få tilbakemelding fra ti av disse.
- 65 Høgskulen på Vestlandet (u.å.) er del av det internasjonale prosjektet *Physiotherapy and Refugees Education Project* (PREP).
- 66 Røde Kors har fått kjennskap til at det tilbys opplæring ved fysioterapiutdanningen ved UiT som inkluderer ekstern foreleser fra RVTS Nord, og ved grunnutdanningen for tannleger ved UiO.
- 67 Intervjuguide er tilgjengelig på forespørsel til Enhet for humanitære behov og analyse, Norges Røde Kors. Alle intervjuene er analysert i NVivo – de er lest og kodet etter tema fra intervjuguiden.
- 68 Istanbul-protokollen (OHCHR 2004, s. 38) beskriver *fulanga*, *fulaka* eller *bastinado* som «gjentatt påføring av stumpt traume mot føttene (eller mer sjeldent mot hendene eller hoftene), vanligvis med en batong, en rørlengde eller lignende våpen.» For beskrivelse av identifisering og behandling av *fulanga*, se Lie og Skjeie (1996).
- 69 I en evaluering av tilbudet til helseundersøkelser i Oslo vises det til at seks av ti forespurte bydeler bruker en lokal veileder utarbeidet av det tidligere Ressurssenter for migrasjonshelse i stor grad, mens to bruker denne i svært stor grad (Kvale og Gottschlich 2019). Syv av bydelene bruker også helsekartleggingsskjemaet IS-1022 i stor grad. Det påpekes imidlertid at IS-1022 gjerne ikke blir brukt i sin helhet. Se Ressurssenter for migrasjonshelse (2015) for den lokale veilederen i Oslo kommune.
- 70 *Atlas of torture* (Özkalipci et al. 2010) viser også hvordan selvpåførte skader ser ut.

- Wignall, 1969). Vienna Convention on the Law of Torture, concluded at Vienna on 23 May 1984. Tilgjengelig fra: https://treaties.un.org/doc/Publication/UNTS/Volume%201155/volume-1155_p0252.pdf (tildelt til punkt 4.2.19).
- Skam-, tabubelagte helseplager ikke vil bli tatt kontakt selv om dette kan medføre kronifisering og forverring av tilstander som kunne ha vært kartlagt og behandlet. Özkalipci Ö, Sarınoğlu Bayraktar T, et al. (2010). *Analysis of torture: Use of medical and diagnostic examination results in medical assessment of torture*. Ankara: Human Right Foundation of Turkey.
- Se for eksempel ruspoliklinikker, spiseforstyrrelsesenheter, psykose- og rehabiliteringsenheter og Alternat til Vold (ATV), opprettet for å imøtekomme behov som ikke kan ivaretas i allmennpsykiatrien.
- 73 Ordningen med kommunepsykologer ble fremhevet som spesielt positiv.
- 74 Psykoedukasjon handler om en bevisstgjøring av normale reaksjoner og plager etter unormale opplevelser.
- 75 Terapeuten kan oppleve å bli behandlet som en kald person og kan naturligvis bli utmattet av behandlingssituasjonen (Varvin 2003), noe som kan føre til at selve behandlingen oppleves som at den ikke leder frem, og til at den blir avsluttet.
- 76 Forskning viser til at narrativ eksponeringsterapi har behandlingseffekt også ved ustabil livssituasjon (Jaranson og Quiroga 2011).
- 77 Tall oppgitt ved henvendelse til Helsedirektoratet (august 2019).
- 78 Ansvarsgruppe og individuell plan kan bidra til å forankre tilbudet.
- 79 For denne gruppen kan det være viktig med kommunikasjon mellom utlendingsmyndighetene, mottakssystemet og helse-, sosial- og velferdstjenester.
- 80 Kvalifiserte tolker defineres som de «med statsautorisasjon i tolking, tolkeutdanning eller tospråkstesten og kurs i tolkens ansvarsområde (TAO)» (IMDi 2018a). Statsautorisasjonsordningen er den eneste offentlige godkjenningsordningen for tolker i Norge (IMDi 2014). I 2015 begynte arbeidet med ny tolkelov for å sikre bruk av kvalifiserte tolker i offentlig sektor og økt tilgang til tolker og riktig tolkebruk (Barne- og familiedepartementet 2015).
- 81 Oppføring som tolk i Nasjonalt tolkeregister er ikke en godkjenning, men en «dokumentasjon på at tolken har de kvalifikasjonene som oppføringen tilsier» (IMDi 2014).
- 82 Lovisenberg Diakonale Sykehus har også en tolketjeneste.
- 83 Dette ble definert som mennesker med god kulturkompetanse og systemforståelse.
- 84 Viktigheten av å være del av et fagmiljø, av veiledning og kompetanseheving i arbeid med torturutsatte har blitt fremhevet i en tidligere kartlegging (Hjemdal 2006).

- 85 Flyktningguide, støttegruppe, sosiale møteplasser, kontaktfamilie, besøksfamilie, fadderordning, helsesenter for papirløse migranter, leksehjelp, og språkopplæring ble nevnt.
- 86 Hovedsakelig innen medisin, terapi og saksbehandling. Det er verdt å merke seg at majoriteten av behandlerne ved klinikkene er ansatte, og det alltid vil være både frivillige og ansatte behandlere i teamet rundt pasienten.
- 87 RCT, Oasis, Dignity (traume.dk u.å).
- 88 Kompetencecenter for Transkulturell Psykiatri (CTP), Psykiatriens Centrale Visitation, Klinik for traumatiserte flyktninge (Sjælland), Psykiatrien i Region Syddanmark, Klinik for PTSD og transkulturell psykiatri, Klinik for traumatiserte flyktninge (Midtjylland), Rehabiliteringscenter for flyktninge (RCF) (traume.dk u.å).
- 89 Uttalt av IRCT i samtale (2019).
- 90 Det påpekes at samtlige av flyktningene i utvalget har gitt samtykke til overføring av helseopplysninger.
- 91 Oppgitt i intervju (2019). Det finnes ingen offentlig publisering av disse tallene.
- 92 Arbeider blant annet med Dansk Røde Kors.
- 93 Misbruk, psykosier, paranoid schizofreni; ikke mulighet til å betale transport til og fra behandlingssted.
- 94 «Den biopsykososiale modellen er en forståelsesmodell for legemlige og psykiske sykdommer. Modellen ble laget for å ta hensyn til biologiske, psykologiske og sosiale forhold i utvikling og opprettholdelse av sykdom» (Store Medisinske Leksikon 2009).
- 95 Stockholm, Malmö, Skövde, Göteborg, Uppsala og Skellefteå.
- 96 Dette kan ikke overføres til resten av landet fordi det er en oppfatning fra klinikken og kan skyldes endringer i Malmö-regionen.
- 97 London, Glasgow, Manchester, Newcastle, Birmingham og en mindre kapasitet i Yorkshire og Humberside.
- 98 I 2016 etablerte Svensk Røde Kors, med støtte fra den svenske stat, to mobile team bestående av oppsøkende tjenester eller flyttbare sentre som et svar på de mange asylmottakene som ble opprettet i svært geografisk isolerte områder.
- 99 Svensk Røde Kors påpeker at det er lite faglig medisinsk forskning på arbeid med asylsøkere i eksil, siden nesten all forskning tar for seg hjemvendte soldater med PTSD der vedkommende er tatt ut av den truende situasjonen og behandles i trygge omgivelser. Når man arbeider med mennesker som lever i eksil, skal pasienten snarere behandles i ny utrygghet, noe som skaper andre forutsetninger for stabilisering og behandling.

REFERANSER

Alpers, L.-M. (2017) *Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter*. Doktorgradsavhandling. Høgskolen i Oslo og Akershus.

Alpers, L.-M. (2016). Distrust and patients in intercultural healthcare. A qualitative interview study. *Nursing Ethics* 25(3), 313–23.
<https://doi.org/10.1177/0969733016652449>.

Alpers, L.-M. & Hanssen, I. (2014) Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse Education Today* 34(6), 999–1004.

Amnesty International (u.å.) Tema: Tortur. Tilgjengelig fra: <https://amnesty.no/tortur> (hentet 01.10.19).

Barne- og familiedepartementet (8. september 2015) Starter arbeidet med ny tolkelov. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/starter-arbeidet-med-ny-tolkelov/id2438938/> (hentet 15.11.2019).

Bimer, P. L. (1998) Tandhålsa hos torterade patienter relaterat til tidigare tortyrerfarenhet. *Folk tandvården Huddinge sjukhus*. (Ikke publisert).

Brekke, J.-P., Sveaass, N. & Vevstad, V. (2010) *Sårbare asylsøkere i Norge og EU: Identifisering, organisering og håndtering*. Institutt for samfunnsforskning, Rapport 2010:14. Tilgjengelig fra: https://www.udi.no/globalassets/global/forskning-fou_i/beskyttelse/saarbare-asylsokere--i-norge-og-eu.pdf (hentet 10.02.19).

Brekke, J.-P. & Vevstad, V. (2007) *Reception Conditions for Asylum Seekers in Norway and the EU*, Institutt for samfunnsforskning, Rapport 2007:4. Tilgjengelig fra: <https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/handle/11250/177601> (hentet 10.12.19).

Bårdsen, A. (2017) Betydningen i norsk rett av FN-komiteenes uttalelser i individuelle klagesaker. *Tidsskrift for rettsvitenskap* 23, 160–87.

Committee Against Torture (2012) *General comment no. 3. Implementation of Article 14 by State parties*. Tilgjengelig fra: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treaty-bodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=1&DocTypeID=11 (hentet 05.12.19).

Committee Against Torture (2008) *General Comment no. 2: Implementation of Article 2 by States Parties*. Tilgjengelig fra: <https://www.refworld.org/docid/47ac78ce2.html> (hentet 20.02.2020).

Committee Against Torture (1996) *Status of the Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, and Reservations, Declarations and Objections Under the Convention. Note by the Secretary-General*. Tilgjengelig fra: <https://digitallibrary.un.org/record/211175> (hentet 11.12.2019).

Committee on Economic, Cultural and Social Rights (2013) *Concluding observations on the fifth periodic report of Norway*. Tilgjengelig fra: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fNOR%2fCO%2f5&Lang=en (hentet 05.12.19).

Committee on Economic, Cultural and Social Rights (2000) *General comment no 14. The right to the highest attainable standard of health (article 12)*. Tilgjengelig fra: <http://doctest.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCu-W1AVC1NkPsgUedPIF1vfPMJ2c7ey6PAz2qaoJtZDJmCOy%2B9t%2BsAtGDNzdEqA-6SuP2r0w%2F6sVBGTpvTSCbiOr4XVFTqhQY65auTFbQRPWNDxL> (hentet 05.12.19).

Dahl, S. (17. oktober 2010) Norge har blitt skandinaviske sinker. *Dagens Medisin*. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2010/10/17/norge-har-blitt-skandinaviske-sinker/> (hentet 07.02.19).

Department of Health and Social Care (2017) *Explanatory Memorandum to the National Health Service (Charges to Overseas Visitors) (Amendment) Regulations 2017*. No. 756 . Tilgjengelig fra: https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2017/756/pdfs/ukxiem_20170756_en.pdf (hentet 20.06.19).

Dignity (2019) *Dignity Strategi 2019–21*. Tilgjengelig fra: <https://dignity.dk/wp-content/uploads/DIGNITY-Strategi-2019-2021-DK.pdf> (hentet 01.04.19).

Dignity (u.å.a) Henvisning til DIGNITYs klinikk i København. Tilgjengelig fra: <https://dignity.dk/dignitys-arbejde/rehabilitering/henvisning> (hentet 25.07.19).

Dignity (u.å.b) Juridisk indsats. Tilgjengelig fra: <https://dignity.dk/dignitys-arbejde/juridisk-indsats/> (hentet 26.07.19).

Dignity (u.å.c) Om Dignity. Tilgjengelig fra: <https://dignity.dk/om-dignity> (hentet 07.05.19).

Dignity (u.å.d) Rehabilitering af torturofre og andre traumatiserede flyktninge. Tilgjengelig fra: <https://dignity.dk/dignitys-arbejde/rehabilitering/> (hentet 07.05.19).

Dignity (u.å.e) Sundhedsfaglig indsats. Tilgjengelig fra: <https://dignity.dk/dignitys-arbejde/sundhedsfaglig-indsats/> (hentet 26.07.19).

Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (2018) *Naït-Liman vs Switzerland*, Grand Chamber. Tilgjengelig fra: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-181789%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-181789%22]}) (hentet 11.12.2019).

Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (1950) Tilgjengelig fra: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf (hentet 05.12.19).

Dyresen, G. (2017) Pasienter utsatt for tortur blir neglisjert. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 7-8(137), 511. doi: 10.4045/tidsskr.16.1029. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2017-511.pdf> (hentet 08.02.19).

Equality and Human Rights Commission (2018) *Access to healthcare for people seeking and refused asylum in Great Britain: a review of evidence*. Research report 121. Tilgjengelig fra: <https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/research-report-121-people-seeking-asylum-access-to-healthcare-evidence-review.pdf> (hentet 19.06.2019).

FNs konvensjon om barns rettigheter (1989) Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_8 (hentet 10.12.2019).

FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (1984) Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6 (hentet 10.12.2019).

FNs konvensjon om flyktningers stilling (1951) Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/TRAKTAT/traktat/1951-07-28-1> (hentet 10.12.2019).

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (2006) Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/TRAKTAT/traktat/2006-12-13-34> (hentet 10.12.2019).

FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (1966) Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6 (hentet 10.12.2019).

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (1966) Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4 (hentet 10.12.2019).

Folkehelseinstituttet (2019) Nettverk om migrasjonshelse. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/migrasjonshelse/nettverk-om-migrasjonshelse/> (hentet 01.11.19).

Folkehelseinstituttet (2010) Tuberkuloseveilederen. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/> (hentet 12.10.19).

Fosse, R. & Deresryd, A. K. (2007) *Torturerte flyktninger i Norge: En estimering av forekomst*. RVTS Øst. (Ikke publisert).

Freedom from Torture (2019a) *Strategy 2019–2021*. Tilgjengelig fra: https://www.freedomfromtorture.org/sites/default/files/2019-04/freedom_from_torture_strategy_report.pdf (hentet 07.05.19).

Freedom from Torture (2019b) *Trustees' Annual Report and Financial Statements*. Tilgjengelig fra: <https://www.freedomfromtorture.org/sites/default/files/2019-07/Trustees%20Report%202018%2008-07-2019.pdf> (hentet 02.08.19).

Freedom from Torture (2017) New NHS charging regulations risk health of torture survivors. Tilgjengelig fra: <https://www.freedomfromtorture.org/news/new-nhs-charging-regulations-risk-health-of-torture-survivors> (hentet 22.07.19).

Freedom from Torture (u.å.a) Evidence of Torture. Tilgjengelig fra: <https://freedomfromtorture.org/what-we-do/therapy-and-support/evidence-asylum-claims/> (hentet 20.06.19).

Freedom from Torture (u.å.b) Fighting Torture. Tilgjengelig fra: <https://www.freedomfromtorture.org/what-we-do/fighting-torture/> (hentet 08.05.19).

Freedom from Torture (u.å.c) Funding and Annual Reports. Tilgjengelig fra: <https://www.freedomfromtorture.org/what-we-do/how-were-run/funding-and-annual-reports> (hentet 31.07.19).

Freedom from Torture (u.å.d) Structure and People. Tilgjengelig fra: <https://www.freedomfromtorture.org/what-we-do/how-we-run/structure-and-people/> (hentet 08.05.19).

Freedom from Torture (u.å.e) Therapy and Practical Help. Tilgjengelig fra: <https://www.freedomfromtorture.org/help-for-survivors/therapy-and-practical-help/> (hentet 08.05.19).

Genève-konvensjonene (1949) Tilgjengelig fra: https://www.oas.org/dil/introductory_course_on_international_humanitarian_2007_IHL_instruments.pdf (hentet 10.12.2019).

Grunnloven (1814) Kongeriket Norges Grunnlov. LOV-1814-05-17. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6 (hentet 17.10.19).

Hall, C. K. (2007) The Duty of States Parties to the Convention against Torture to Provide Procedures Permitting Victims to Recover Reparations for Torture Committed Abroad. *The European Journal of International Law* 18(5), 921–37. <https://doi.org/10.1093/ejil/chm050>.

Halvorsen, J. Ø. (26. juni 2012) Fraværende tilbud for torturofre. *Klassekampen*. Tilgjengelig fra: <https://rvtsmidt.no/wp-content/uploads/2013/11/Fraværende-tilbud-for-torturofre-R.pdf> (hentet 08.02.19).

Halvorsen, P. (1. september 2016) Vant pris for forskning om behandling av torturofre. *Norsk psykologforening*. Tilgjengelig fra: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/vant-pris-for-forskning-om-behandling-av-torturofre> (hentet 08.02.19).

Hanssen, I. & Alpers, L.-M. (2010) Interpreters in Intercultural Health Care Settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. *Journal of Intercultural Communication* 23.

Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf> (hentet 07.11.2019).

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf (hentet 15.07.19).

Helse- og omsorgsdepartementet (2011a) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=FOR-2011-12-16-1256> (hentet 05.12.19).

Helse- og omsorgsdepartementet (2011b) Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255> (hentet 05.12.19).

Helse- og omsorgsdepartementet (2000, sist endret 01.02.2019) Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208> (hentet 05.12.19).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. LOV-2011-06-24-30. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse-%20og%20omsorgstjenesteloven> (hentet 05.12.19).

Helsedirektoratet (2019) Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepssatte og personer med odontofobi. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/tannhelsetilbud-til-tortur-og-overgrepssatte-og-personer-med-odontofobi#tildelte-midler-i-2019> (hentet 15.10.19).

Helsedirektoratet (2018) *Evaluering av Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017*. (Ikke publisert).

Helsedirektoratet (2017a) Skjema for helseundersøkelse for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/c6429c78496e47b185f9f7b45101e7b3/skjema-helseundersokelse-flyktninger-asylsokere.pdf> (hentet 15.11.19).

Helsedirektoratet (1. juni 2017b) Tillegg til tildelingsbrev nr. 17 – Svar på oppdrag vedrørende oppfølging av situasjonen for sårbare asylsøkere, til Helse- og omsorgsdepartementet. (Ikke publisert).

Helsedirektoratet (2015a, sist oppdatert 27.03.19) *Nasjonal veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente IS-1022*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente> (hentet 15.04.19).

Helsedirektoratet (2015b, sist oppdatert 03.12.2018) *Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator> (hentet 22.12.2019).

Helsedirektoratet (18. mai 2015c) Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, vurdering av tilbudet til traumatiserte asylsøkere og flyktninger inkludert krigs- og torturskadede. (Ikke publisert).

Helsedirektoratet (2015d, sist oppdatert 01.01.2018) Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Rundskriv. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer> (hentet 05.12.19).

Helsedirektoratet (2011) *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene IS-1924*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb-7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb-7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf) (hentet 23.01.2020).

Helsedirektoratet (2010) *Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi IS-1855*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilrettelagte-tannhelsetilbud-for-mennesker-som-er-blitt-utsatt-for-tortur-overgrep-eller-har-odontofobi/Tilrettelagte%20tannhelsetilbud%20for%20mennesker%20som%20er%20blitt%20utsatt%20for%20tortur%20overgrep%20eller%20har%20odontofobi.pdf/_/attachment/inline/bd0ccb11-bab0-494f-bcd4-7fec0a7a804c:0d9f2292534194d516261e81f24fe32d4e8ec7cd/Tilrettelagte%20tannhelsetilbud%20for%20mennesker%20som%20er%20blitt%20utsatt%20for%20tortur%20overgrep%20eller%20har%20odontofobi.pdf (hentet 12.04.19).

Helsedirektoratet & Utlendingsdirektoratet (2015) Direktoratenes vurdering av anbefalingene fra pilotprosjektet for tidlig identifisering av oppfølgingsbehov hos asylsøkere. (Ikke publisert).

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64 Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (hentet 10.12.2019).

Hjemdal, O. K. (2006) *Kartlegging av tilbudet til traumatiserte ofre for vold, overgrep, ulykker og katastrofer, flyktninger og torturofre*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvt.no/content/uploads/2015/08/kartleggingtilbudtraumatiserteofre.pdf> (hentet 10.02.19).

Human Rights Foundation of Turkey (2004) *The Istanbul Protocol: International Guidelines for the Investigation and Documentation of Torture. Psychological evidence of torture. A Practical Guide to the Istanbul Protocol – for Psychologists*. Tilgjengelig fra: http://flyktning.helsekompetanse.no/sites/flyktning.helsekompetanse.no/files/Psychological%20evidence%20of%20torture%20-%20A%20practical%20guide%20to%20the%20Istanbul%20Protocol%20for%20psychologists_0.pdf (hentet 04.12.19).

Høgskulen på Vestlandet (u.å) Physiotherapy and Refugees Education Project.

Tilgjengelig fra: <https://www.hvl.no/en/project/622494> (hentet 10.08.19).

Høstmælingen, N., Kjørholt, E. S. & Sandberg, K. (2016) *Barnekonvensjonen. Barns rettigheter i Norge*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Høyesterett (2017) HR-2017-569-A Tilgjengelig fra: <https://www.domstol.no/globalassets/upload/hret/avgjorelser/2017/avgjorelser-mars-2017/sak-2016-1379-anonymisert.pdf> (hentet 05.12.19).

Høyesterett (1990) Rt. 1990 s. 874 (Fusa-dommen). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/#document/HRsiv/avgjorelse/rt-1990-874-106a?searchResultContext=1188&rowNumber=1&totalHits=234> (hentet 05.12.19).

Høyvik, A. C., Lie, B. & Willumsen, T. (2019) Dental anxiety in relation to torture experiences and symptoms of posttraumatic stress disorder. *European Journal of Oral Sciences* 127, 65–71. doi: 10.1111/eos.12592.

Høyvik, A. C. & Woldstad, M. I. (2018) Tannbehandling av torturutsatt, I T. Willumsen, L. Myran & J. P. Å. Lein (Red.), *Odontologisk psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kapittel 16, ss. 251–60.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2018a) *Hvor mye jobber kvalifiserte tolker? En undersøkelse blant tolker i Nasjonalt tolkeregister 2018*. Tilgjengelig fra: <https://www.imdi.no/contentassets/9471e477a7494d11826d63cf9af21ac1/hvor-mye-jobber-kvalifiserte-tolker> (hentet 15.11.2019).

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2018b, sist oppdatert 26.06.18) Når må man bruke tolk? Tilgjengelig fra: <https://www.imdi.no/tolk/nar-ma-man-bruke-tolk/> (hentet 10.10.19).

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2014, sist oppdatert 26.06.2018) Godkjenningssordninger for tolker. Tilgjengelig fra: <https://www.tolkeportalen.no/no/Om-Nasjonalt-tolkeregister/Godkjenningssordninger-for-tolker/> (hentet 15.11.19).

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (u.å.) Introduksjonsprogrammet. Tilgjengelig fra: <https://www.imdi.no/introduksjonsprogram/> (hentet 30.10.19).

International Committee of the Red Cross (2005) ICRC's study on customary international humanitarian law (IHL). Cambridge University Press. Tilgjengelig fra: <https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/home> (hentet 05.12.19).

International Court of Justice (2012) Senegal v. Belgium. Tilgjengelig fra: <https://www.icj-cij.org/files/case-related/144/144-20120720-JUD-01-00-EN.pdf> (hentet 05.12.19).

International Rehabilitation Council for Torture Victims (2016) *Falling Through the Cracks. Asylum Procedures and Reception Conditions for Torture Victims in the European Union*. Tilgjengelig fra: <https://irct.org/uploads/media/55a4e96eae-76586a7abbc18633bd61a0.pdf> (hentet 25.03.19).

International Rehabilitation Council for Torture Victims (2013) *Rehabilitation of Torture Survivors – Resource Kit for Service Providers*. Tilgjengelig fra: <https://irct.org/publications/other-reports/129> (hentet 20.03.19).

International Rehabilitation Council for Torture Victims (2004) *The Istanbul Protocol: International Guidelines for the Investigation and Documentation of Torture. Medical physical examination of alleged torture victims. A Practical Guide to the Istanbul Protocol*. Tilgjengelig fra: <http://flyktning.helsekompetanse.no/sites/flyktning.helsekompetanse.no/files/MEDICAL%20PHYSICAL%20EXAMINATION%20OF%20ALLEGED%20TORTURE%20VICTIMS%20-%20A%20Practical%20Guide%20to%20the%20Istanbul%20Protocol%20for%20Medical%20Doctors.pdf> (hentet 04.12.19).

Jakobsen, S. E. (20. november 2015) Det haster med å kartlegge flyktnings psykiske helse. *Forskning.no*. Tilgjengelig fra: <https://forDahlskning.no/innvandring/2015/11/det-haster-kartlegge-flyktnings-psykiske-helse>. (hentet 12.02.19).

Jakobsen, M., Sveaass, N., Johansen, L.E.E., & Skogoy, E. (2007) *Psykisk helse i mottak: Utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/innvandring/det-haster-med-a-kartlegge-flyktnings-psykiske-helse/457446> (hentet 10.02.19).

Jaranson, J. M. & Quiroga, J. (2011) Evaluating the services of torture rehabilitation programmes: history and recommendations. *Torture* 21, 98–140.

Johansen, J. D. & Varvin, S. (2019) *I tell my mother that ... sometimes he didn't love us—Young adults' experiences of childhood in refugee families: A qualitative approach*, *Childhood* 26(2), 221–35. DOI: 10.1177/0907568219828804.

Justisdepartementet (2010) *Meld.St.9 (2009-2010) Norsk flyktning- og migrasjonspolitikk i et europeisk perspektiv*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-9-2009--2010/id597820/> (hentet 05.12.19).

Kirkens bymisjon & Oslo Røde Kors (2019) *Årsmelding 2018: Helsesenteret for papirløse migranter*. Tilgjengelig fra: <https://kirkensbymisjon.no/content/uploads/2018/06/Årsmelding-Helsesenteret-2018.pdf> (hentet 05.12.19).

Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors (2018) *Årsmelding 2017: Helsesenteret for papirløse migranter*. Tilgjengelig fra: <https://kirkensbymisjon.no/content/uploads/2018/06/Årsmelding-Helsesenteret-2017.pdf> (hentet 15.06.19).

Kommunehelsetjenesten Ankomstsenter Østfold (2018a) *Tidlig helsekartleggings-samtale – Asylsøkere og overføringsflyktninger. Evaluering*. (Ikke publisert).

Kommunehelsetjenesten Ankomstsenter Østfold (2018b) *Tidlig helsekartleggings-samtale. Sluttevaluering*. (Ikke publisert).

Kunnskapsdepartementet (2020a) Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-16> (hentet 23.01.2020).

Kunnskapsdepartementet (13. januar 2020b) Nasjonale retningslinjer for fase 2 er vedtatt. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nasjonale-retningslinjer-for-fase-2-er-vedtatt/id2685511/?utm_source=www.regjeringen.no&utm_medium=epost&utm_campaign=nyhetsvarsel%2013.01.2020&utm_content=Aktuelt%20frå%20departementa (hentet 23.01.2020).

Kunnskapsdepartementet (2019a) *Formålet med nytt styringssystem*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/formalet-med-nytt-styringssystem/id2569501/> (hentet 16.10.19).

Kunnskapsdepartementet (2019b) Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. FOR-2019-15-412 . Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412> (hentet 15.08.19).

Kunnskapsdepartementet (2017) Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanning. FOR-2017-09-06-1353. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-09-06-1353> (hentet 15.09.19).

Kunnskapsdepartementet (u.å.) Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/> (hentet 14.08.19).

Kvale, J. & Gottschlich, K. N. (2019) *Helseundersøkelse for flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente i Oslo kommune: Evaluering av tilbudet om helseundersøkelse i Oslo*. Oslo kommune. (Ikke publisert).

Larsen, K. M. (2018) *Konvensjonsorganenes generelle kommentarer til barnekonvensjonen og andre menneskerettighetskonvensjoner – hvilken betydning har kommentarene i nordisk rett?* Tilgjengelig fra: http://nordiskjurist.org/wp-content/uploads/2018/11/Larsen_Kjetil_Konvensjonsorganenes_generelle_kommentarer_til_barnekonvensjonen.pdf (hentet 05.12.19).

Lavik, N.J., Hauff, E., Skrondal, A., & Solberg, Ø. (1996) Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an out-patient population, *British Journal of Psychiatry* 169, 726–32.

Lie, B. (2002) A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106, 415–25. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.01436.x>.

Lie, B. (2001) Kunnskap om følger av tortur. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 29(121), 3366. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2001--3366.pdf> (hentet 05.03.19).

Lie, B. & Skjeie, H. (1996) Torturskader – en medisinsk utfordring. Diagnostisering og behandling av falanga. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 9(116), 1073–5.

Lie, B. & Sveaass, N. (14. april 2016) Urovekkende at helsemyndighetene ikke prioriterer samtaler med nyankomne flyktninger. *Aftenposten*. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/i/rLAGR/urovekkende-at-helsemyndighete-ne-ikke-prioriterer-samtaler-med-nyankomne-flyktninger> (hentet 05.12.19).

Lie, B., Sveaass, N., & Eilertsen, D. E. (2004) Family, activity and posttraumatic reactions in exile. *Community, Work & Family* 7, 327–51. <https://doi.org/10.1080/1366880042000295745>.

Lie, B., Sveaass, N. & Hauff, E. (2014) Refugees and healthcare in Norway: historical views and critical perspectives. I G. Overland, E. Guribye & B. Lie (Red.), *Nordic work with traumatised refugees: Do we really care*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing. Kapittel 2, ss. 30–9.

Lie, B., Sveaass, N., Vevstad, V. & Bendixen, M. (2015) *Identifisering, tilrettelegging og oppfølging av sårbare asylsøkere med særskilte behov i ankomsttransitt: Erfaringer og anbefalinger fra pilotprosjekt 2013–2014*. På oppdrag fra Helsedirektoratet og Utlendingsdirektoratet. (Ikke publisert).

Lønning, M. N. (2018) *Fragmented journeys, social relations and age amongst Afghan young people on the move towards Europe: Positioning, negotiating and redefining*. Doktoravhandling. NTNU.

Menneskerettighetsloven (1999) Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. LOV-1999-05-21-30. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30?q=menneskerettighetslov> (hentet 05.12.19)

Mottaksdirektivet (2013) Directive 2013/33/EU of the European Parliament and of the Council of 26 June 2013. Tilgjengelig fra: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32013L0033> (hentet 10.12.2019).

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (u.å) *HSYK3001 – Global helse. For studieåret 2019–2020*. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/studier/emner/HSYK3001#tab=omEmnet> (hentet 12.08.19).

Norsk psykiatrisk forening (2014) *Årsmelding for norsk psykiatrisk forening 1.1.2013–31.12.2013*. Tilgjengelig fra: [https://legeforeningen.no/PageFiles/167707/%c3%85RSMELDING%202013%20-%20NORSK%20PSYKIATRISK%20FORENING%20\(ENDELIG\).pdf](https://legeforeningen.no/PageFiles/167707/%c3%85RSMELDING%202013%20-%20NORSK%20PSYKIATRISK%20FORENING%20(ENDELIG).pdf) (hentet 08.04.19).

NOU 2011:10 (2011) *I velferdsstatens venterom: Mottakstilbudet for asylsøkere*. Justis- og politidepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/78ca1005cf834de8961f06357c91aa92/no/pdfs/nou201120110010000dddpdfs.pdf> (hentet 20.01.2020).

Nowak, M. (23. desember 2005) *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, UN Doc. E/CN.4/2006/6. Tilgjengelig fra: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/168/09/PDF/G0516809.pdf?OpenElement> (hentet 05.12.19).

Nowak, M. & McArthur, E. (2008) *The United Nations Convention against Torture: A Commentary*, Oxford: Oxford University Press.

Office of the High Commissioner for Human Rights (2004) *Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. Tilgjengelig fra: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8rev1en.pdf> (hentet 20.03.19).

Opaas, M. & Varvin, S. (2015) Relationships of Childhood Adverse Experiences with Mental Health and Quality of Life at Treatment Start for Adult Refugees Traumatized by Pre-Flight Experiences of War and Human Rights Violations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(9), 684–95. doi:10.1097/NMD.0000000000000330

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63 Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/> (hentet 11.12.2019).

Patel, N., Kellezi, B., & Williams, A. C. D. C. (2014) Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, 11. Art. No.: CD009317. DOI: 10.1002/14651858.CD009317.pub2.

Politihøgskolen (2018) *Rammeplan for Bachelor – politiutdanning*. Nr. 18/ 02128. Tilgjengelig fra: https://www.phs.no/Documents/2_Studietilbud/1_Bachelor/Rammeplan%20Bachelor%20politiutdanning_godkjent%202018.pdf (hentet 12.08.19).

Quiroga, J. & Jaranson, J.M. (2005) Politically-motivated torture and its survivors: A desk study review of the literature. *Torture*, 165(2–3), 1–111.

Redress (2015) *Torture Survivor Handbook – information and resources for torture survivors in the UK*. Tilgjengelig fra: <https://redress.org/wp-content/uploads/2017/12/February-Torture-Survivors-Handbook.pdf> (hentet 05.06.19).

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (2014) *Status for oppfølging av torturoverlevende i Norge i 2014. Oversikt over tjenesteapparatets arbeid og forslag til tiltak i henhold til FN's Torturkonvensjon*. (Ikke publisert).

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Vest (2014) *Helsetilbud til torturoverlevare*. (Ikke publisert).

Ressurscenter for migrasjonshelse (2015, sist oppdatert 01.02.2018) *En veileder til helseundersøkelsen: Et helsetilbud til nyankomne innvandrere med flyktningbakgrunn, asylsøkere og familiegjenforente*. Oslo: Helseetaten.

Rigsrevisionen (2018) *Beretning om forløbet for flyktninge med traume*. Nr. 6. Rigsrevisionen, København. Tilgjengelig fra: <http://www.rigsrevisionen.dk/media/2104998/sr0618.pdf> (hentet 19.07.19).

Spesialisthelsetjenesten (2018) Felles Kompetansemøduler LIS del 1-3 med nærmere beskrivelser av læringsmålene, anbefalte læringsaktiviteter og vurderingsmetoder, versjon 2.0, 21.03.18. Tilgjengelig fra: <https://spesialisthelsetjenesten.no/seksjon/lis/Documents/FKM-TEMAHEFTE-LIS-del-2-3-21.03.18.pdf> (hentet 12.09.19).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten mm. LOV-1999-07-02-61. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (hentet 05.12.19).

Stang, E. G. (2009) Rett til returvern og rehabilitering etter FN's barnekonvensjon for mindreårige asylsøkere utsatt for tortur, umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/#document/JUS/stang-eg-2009-01?searchResultContext=1188&rowNumber=7&totalHits=7> (hentet 05.12.19).

Statistisk sentralbyrå (2019, sist oppdatert 14.05.2019) Personer med flyktningbakgrunn. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flyktninger> (hentet 01.09.19).

Statusdirektivet (2011) Directive 2011/95/EU of the European Parliament and of the Council of 13 December 2011. Tilgjengelig fra: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2011/95/oj> (hentet 11.12.2019).

Store Medisinske Leksikon (2009, sist oppdatert 26.08.2019) Biopsykososial modell. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/biopsykososial_modell (hentet 03.06.19).

Straffeloven (2005) Lov om straff. LOV-2005-05-20-28. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffelov> (hentet 05.12.19).

Strand, V. B. & Larsen, K. M. (2015) *Menneskerettigheter i et nøtteskall*. Oslo: Gyldendal juridisk.

Sveaass, N., Gaer, F. & Grossman, C. M. (2018) Rehabilitation in Article 14 of the Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment. *The International Lawyer* 51(1), 1. Tilgjengelig fra: https://www.americanbar.org/content/dam/aba/administrative/international_law/til_51-1_issue_cpy.authcheckdam.pdf (hentet 11.12.2019).

Sveaass, N. (26. juni 2013) Norge må ha en nasjonal plan. *Aftenposten*. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/xP3R8/Norge-ma-ha-en-nasjonal-plan> (hentet 15.03.19).

Sveaass, N. & Lie, B. (under publisering) Early assessment of mental health and options for documentation of torture in newly arrived asylum seekers. I D. Buhugra (Red.), *Oxford textbook of Migrant Psychiatry*. Oxford University Press.

Sveaass, N. & Reichelt, S. (2001) Engaging refugee families in therapy: exploring the benefits of including referring professionals in first family interviews. *Family Process* 40(1), 95–114.

Svenska Röda Korset (2019) *Årsrapport 2018: Samverkan över gränserna*. Tilgjengelig fra: <https://www.rodakorset.se/globalassets/rodakorset.se/dokument/vad-vi-gor/halsa-och-var/vard-och-behandling/arsrapport-var/rodakorset-arsbok-vardenheten-2018.pdf> (hentet 02.08.19).

Svenska Röda Korset (2018) *Årsrapport 2017: Utveckling Pågår*. Tilgjengelig fra: <https://www.rodakorset.se/globalassets/rodakorset.se/dokument/vad-vi-gor/halsa-och-var/vard-och-behandling/arsrapport-var/rodakorset-arsbok-vardenheten-2017.pdf> (hentet 02.04.19).

Svenska Röda Korset (2017) *Årsrapport 2016: Kunskap, forskning och utbildning om tortyr och trauma*. Tilgjengelig fra: <https://www.rodakorset.se/globalassets/rodakorset.se/dokument/vad-vi-gor/halsa-och-var/vard-och-behandling/arsrapport-var/rodakorset-arsrapport-vardenheten-2016.pdf> (hentet 04.04.19).

Svenska Röda Korset (2015a) *Strategisk inriktning 2016–2019*. Tilgjengelig fra: <https://www.redcross.se/globalassets/dokument/strategisk-inriktning-2016-2019-skarp.pdf> (hentet 04.04.19).

Svenska Röda Korset (2015b) *Tortyrskader i Asylprocessen Under Lupp*. Stockholm: Svenska Röda Korset. Tilgjengelig fra: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A885922&dsid=7937> (hentet 16.07.19).

Svenska Röda Korset (u.å.a) Vår historia. Tilgjengelig fra: <https://www.rodakorset.se/om-oss/var-historia/> (hentet 24.07.19).

Svenska Röda Korset (u.å.b) Vård för papperslösa och andra migranter. Tilgjengelig fra: <https://www.rodakorset.se/fa-hjalp/vard-for-papperslosa/> (hentet 24.07.19)

Sveriges Kommuner och Regioner (9. april 2019) Kommuner och regioner. Tilgjengelig fra: <https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner.431.html> (hentet 04.12.2019).

Syse, A. (2015) *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A., & Saboonchi, F. (2016) *Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Huddinge: Röda Korsets Högskola. Tilgjengelig fra: <http://rkh.diva-portal.org/smash/get/diva2:1060355/FULLTEXT01.pdf> (hentet 13.06.19).

Trane, K. (2014) Må gi bedre hjelp til traumatiserte flyktninger. *Napha*. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/13609/-Ma-gi-bedre-hjelp-til-traumatiserte-flyktninger> (hentet 01.03.19).

Traume.dk (u.å.) Tværfaglig behandling. Tilgjengelig fra: http://www.traume.dk/rehab_tvaerfag (hentet 30.07.19).

United Nations General Assembly (2006) Resolution adopted by the General Assembly on 16 December 2005 60/147. Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law. Tilgjengelig fra: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/496/42/PDF/N0549642.pdf?OpenElement> (hentet 11.12.19).

Universitetet i Stavanger (u.å.) Sykepleie i et samfunnsperspektiv. Studieåret 2019–2020. Tilgjengelig fra: https://www.uis.no/course/?code=BSY350_2&parentcat=8935 (hentet 15.08.19).

Varvin, S. (under publisering) Specialist Services. I D. Buhugra (Red.), *Oxford textbook of Migrant Psychiatry*. Oxford University Press.

Varvin, S. (27. mai 2015) Dårlig behandling av torturofre. *Dagsavisen. Nye Meninger*. Tilgjengelig fra: <https://www.dagsavisen.no/debatt/darlig-behandling-av-torturofre-1.459612> (hentet 14.02.19).

Varvin, S. (2003) *Flukt og Eksil: Traume, identitet og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Varvin, S. & Aasland, O. G. (2009) Legers forhold til flyktningpasienten. *Internasjonal medisin. Tidsskrift for Den norske legeforening* 129, 1488–90.

Verdenserklæringen om menneskerettigheter (1948) *The Universal Declaration of Human Rights*. General Assembly resolution 217 A. Tilgjengelig fra: <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/> (hentet 11.12.2019).

Vevstad, V. (2012) *Et felles europeisk asylsystem*. Tilgjengelig fra: https://www.udi.no/globalassets/global/european-migration-network_i/konferansefiler/vevstad-felles-europeisk-asylsystem.pdf (hentet 05.12.19).

