

*Det er en etisk forpliktelse å gi
torturskadede i Norge den
medisinske hjelp de har krav på*

Kunnskap om følger av tortur

Tortur er overgrep mot grunnleggende menneskerettigheter. Tortur har som mål å ødelegge enkeltindividets verdighet og selvfølelse og virke avskrekkende på samfunnet rundt. På tross av internasjonal enighet om å fordømme en slik praksis finner tortur sted i over halvparten av verdens land (1).

De første internasjonale retningslinjer om torturskader foreligger i Istanbul-protokollen fra 1999. Denne protokollen gir retningslinjer for vurdering og undersøkelse av torturskader og krav til dokumentasjon og rapportering av tortur (2). World Medical Associations Tokyo-deklarasjon fra 1975 og FNs prinsipper om medisinsk etikk fra 1982 understreker at leger ikke skal delta i noen form for tortur (3). I land der tortur utøves, blir helsepersonell forsøkt tvunget til å delta og blir også straffet dersom de oppfører seg i tråd med hevdvunne legeetiske prinsipper (4). Det finnes mange rehabiliteringssentre for torturofre rundt om i verden, og disse arbeider under vanskelige kår. ISHHR (International Society for Health and Human Rights, www.ishhr.no) er et av de nettverk disse holder kontakt gjennom, og som bidrar til gjensidig støtte.

I Tyrkia forekommer tortur. Behandlings-sentret for torturofre i Dyarbakir er nylig blitt forsøkt stengt av politiet, journalmateriale er beslaglagt og to kolleger forvist til provinser langt vekk fra stedet de bor og arbeider. Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter støtter den tyrkiske legeforenings arbeid for menneskerettighetene. Norske leger må tilegne seg kunnskaper om de fysiske og psykiske skader ulike former for tortur gir, og bestrebe seg på å dokumentere torturskader og behandle de pasienter som kommer til landet.

Torturskader er et felt som har vært viet liten oppmerksomhet her i landet. Det er et svært varierende, men dessverre ofte lavt kunnskapsnivå blant helsepersonell. I dette nummer av Tidsskriftet understreker Jørgen Cohn behovet for å øke kunnskapen. Han beskriver forskjellige torturmetoder og følger hos 53 pasienter. Tid til pasienten som har vært gjennom tortur, interesse for problemstillingen og spesifikk kunnskap er mangelvare i Norge i dag (5).

I Danmark var man tidligere ute, av flere grunner. Viktig var det at Amnesty's legegruppe var meget aktive i kartleggingen av helsemessige konsekvenser av tortur (6). Arbeidet ledet til opprettelsen av Rehabiliteringssenter for torturofre i 1982 i København, hvor man utelukkende har arbeidet med torturskader. Det er også blitt etablert andre rehabiliteringssentre som har hatt et bredere optak og en mer psykososial profil

på sitt arbeid enn det første senteret. Senest nå i høst starter et treåring prosjekt i København, Videncenter for transkulturell psykiatri, ved Rigshospitalet. *Ugeskrift for læger* har hatt en rekke artikler og et spesialnummer (nr. 46/2000) om flyktning- og migrasjonsmedisin.

I Norge har arbeidet for en stor del vært konsentrert om de psykiske og psykososiale konsekvenser av traumatiske hendelser, mens de fysiske skader er blitt viet mindre oppmerksomhet. Interessen blant norske leger for de torturskadede har i all hovedsak vært ivaretatt av en liten gruppe psykiatere og noen få allmennleger. Antall pasienter helt opp til midten av 1990-årene var relativt begrenset og behovet for kunnskap kanskje derfor ikke presserende. Et tegn på begynnende forståelse for et udekket behov i Norge er det at Helsetilsynet har opprettet en stilling som spesialrådgiver. Vedkommende skal i løpet av 2000–2002 vurdere den samlede kompetanse i de psykososiale team og teamenes evne til å overføre kunnskap til førstelinjetjenesten.

I alt 80 000 personer med flyktningbakgrunn er bosatt i Norge. 15–20% av disse har vært utsatt for tortur (7). I grupper som også omfatter familiegjenforeninger må man anta at tallet på torturskadede er noe lavere, rundt 10%. Forekomsten varierer med opprinnelsesland, om det dreier seg om flukt fra krig eller om forfølgelse pga. personlig aktivitet. I asylmottakene vil derfor også forekomsten variere, og den enkelte lege kan komme til å møte torturofre sjelden. Bare helsepersonell i spesielle stillinger vil få mye erfaring, og systematisk oppdatering og utdanning er nødvendig, spesielt for ansatte i primærhelsetjenesten.

Psykososialt senter for flyktninger ved Universitetet i Oslo ble opprettet i 1986, og fra 1991 har det eksistert regionale psykososiale team. I høst opprettes Kompetanseenhet for somatisk og psykisk helse for personer med flyktning- og innvandrerbakgrunn ved Ullevål universitetssykehus. Disse enhetene kan danne utgangspunkt for kompetansespredning og utvikling innen diagnostikk og behandling av torturskadede pasienter, både i form av kurs, konsultasjon i forbindelse med utredning og behandling av pasienter og veiledning. Grunn-, videre- og etterutdanning av helsepersonell bør inneholde opplæring i diagnostikk og behandling av torturskader.

At norske leger opplever tortur som et vanskelig og til dels ubehagelig felt å arbeide i, er forståelig. Det er også praktiske vanskeligheter forbundet med arbeidet. For eksempel må det ofte bestilles tolk, uten at

det er en selvfølge at legen får refundert utgiftene. Og nettverksstøtte, som er et viktig hjelpemiddel i behandlingen av andre med store, kroniske helseproblemer, er ofte umulig å skaffe. Dette er imidlertid ikke grunner til å unnlate å tilegne seg nødvendig kunnskap om følgene av tortur. Det er på ingen måte særomsorg å sørge for at pasienter med torturskader og krigstraumer får nødvendig hjelp. Utfordringen er å skape et vedvarende engasjement hos kolleger og spre den kunnskapen vi allerede har i Norden, slik at torturskadede i Norge får den medisinske hjelp de har krav på.

Birgit Lie

Psykososialt Team Sør/VAS
Tordenskjoldsgate 16
4616 Kristiansand

Birgit Lie (f. 1955) er leder av Psykososialt Team Sør for flyktninger i Agder og Telemark, stipendiat ved Psykososialt senter for flyktninger og medlem av Legeforeningens menneskerettighetskomité.

Litteratur

1. Amnesty International report 1999. London: Amnesty International, 1999.
2. Istanbul Protocol. Manual of the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhumane and degrading treatment or punishment. Genève: UNHCR, 1999.
3. The torture report. Report of a working party of the British Medical Association investigating the involvement of doctors in torture. London: British Medical Association, 1986.
4. Vest P, Lavik NJ. Torture and the medical profession. *J Med Ethics* 1991; 17 (suppl 4–8).
5. Cohn J. Torturoverlever i Norge – lægernes ansvar. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3383–5.
6. Rasmussen OV. Medical aspects of torture. Torture types and their relation to symptoms and lesions in 200 victims, followed by a description of the medical profession in relation to torture. *Danish Medical Bulletin* 1990; 37 (suppl 1): 1–88.
7. Lie B, Skjeie H. Torturskader – en medisinsk utfordring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1073–5.