

Pasienter utsatt for tortur blir neglisjert

Nyankomne asylsøkere som har vært utsatt for tortur, mangler et spesialisert tilbud. Kompetansen bør sentraliseres eller formaliseres i et eget nettverk.

Tortur er et bevisst og overlatt angrep på en persons psyke, kropp og verdighet, utført av en offentlig tjenestemann eller en annen som handler med statlig aksept (1). Selv om FNs definisjon dreier seg om offentlige tjenestemenn, betyr ikke det at handlinger utført av andre ikke kan omtales som tortur.

Tortur er forbudt i henhold til FNs menneskerettighetserklæring. I artikkel 5 fremgår det at «Ingen må utsettes for tortur eller grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff». Torturkonvensjonen utdyper dette. Likevel anvendes tortur i over halvparten av verdens om lag 200 land, ifølge Amnesty (2).

Mange av asylsøkerne og flyktningene som kommer til Norge, har vært utsatt for tortur. Tallene spriker, men man regner med at det gjelder 10–40 % (3). Har de et godt nok helsetilbud? En rekke distriktpsyrkiatriske sentre (DPS) har egne tilbud, og ved Sørlandet sykehus har man en spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer. Likevel trengs det stadig mer kapasitet og spesialisering rettet mot gruppen torturofre og traumatiserte. Legeforeningen etterlyste i 2013 et høyspesialisert behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten for de mest kompliserte og traumatiserte tilfellene (4). Dette er ennå ikke på plass.

Rett til helsehjelp

Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente har samme rett til helsetjenester som den øvrige befolkningen (5). Imidlertid har helsetjenester til nyankomne asylsøkere ikke vært på dagsordenen. Etter min erfaring har man prioritert tuberkulosekontroll og øyeblikkelig somatisk helsehjelp. I mitt arbeid med asylsøkere opplever jeg at legetilbudet ikke er tilstrekkelig. Logistikken i asylsystemet – ønsket om at personene skal raskt videre samt erfaringsmessig lange ventetider ved DPS-ene – er et trolig medvirkende.

Det er smertefullt å være vitne til at de problemene torturofre presenterer, kan bli oppfattet som for omfattende og ressurskrevende til at man våget å gå inn i det. I de tilfellene noen har fortalt direkte om tortur,

har jeg forsøkt å skrive det ned, i håp om at «noen» kan ta fatt i det senere. Vanskelige dilemmaer oppstår i tilfeller der jeg opplever at jeg ikke har ressurser til å følge opp eller henvise videre på en adekvat måte. Spørsmålet da blir om det er riktig i det hele tatt å åpne opp for at personen kan komme frem med sine problemer i utgangspunktet.

Det ville lettet arbeidet betydelig om det forelå en strategi for utredning og oppfølging av pasienter som sier de har vært utsatt for tortur. Som ledd i forebygging av vold

«Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente har samme rett til helsetjenester som den øvrige befolkningen»

på flyktningmottak og blant asylsøkere er det nødvendig at problemstillingen med tortur og torturofre tas på største alvor. Etter min kliniske erfaring og kunnskaper om posttraumatisk stressyndrom kan aggressiv og truende atferd hos personer på mottak være relatert til de grove krenkelsene de har vært utsatt for.

Faglig nettverk for arbeid med torturofre

FNs Istanbul-protokoll er et viktig redskap i arbeidet med torturoverleverer (6). Protokollen angir en internasjonal standard for vurdering, dokumentasjon og behandling av torturofre. Den henvender seg til jurister, rettsmedisinere, psykologer, leger og andre helsearbeidere.

Etter min mening burde det opprettes et kompetansemiljø i Norge som kunne kartlegge, behandle og rehabiliterer ofre for tortur og jobbe etter Istanbul-protokollens prinsipper. Nettverket burde være tverrfaglig innrettet – med rettsmedisinere, jurist, psyko-

log, lege, sosionom, fysioterapeut etc. Et slikt tiltak ville være i tråd med føringene fra Legeforeningen (5). Man må også ta vare på fagfolkene – undersøkelser har vist at det stadig å høre om grusomheter folk er blitt utsatt for, kan være svært belastende for dem som er involvert i slikt arbeid (7).

Jeg takker Birgit Lie for kommentarer og innspill.

Glenn Dyresen
g.dyresen@gmail.com

Glenn Dyresen (f. 1954) er overlege ved Helse-tjenesten for asylsøkere, Helseetaten, Oslo kommune.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. FNs torturkonvensjon. <http://www.fn.no/content/download/3953/20076/file/FNs%20torturkonvensjon.pdf> (8.3.2017).
2. Amnesty International Annual Report 2015/2016. London: Amnesty International, 2016. <https://www.amnesty.org/en/latest/research/2016/02/annual-report-201516/> (8.3.2017).
3. Halvorsen JØ, Sveaass N. Psykologi og tortur: Faglige og etiske utfordringer for psykologer sett i lys av FNs torturkonvensjon. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2009; 46. <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2009/1155-1162.pdf> (8.3.2017).
4. Norsk psykiatrisk forening. Årsmelding 2013. Oslo: Den norske legeforening, 2014.
5. Helsedirektoratet. Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Rettigheter, ansvar, organisering. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/seksjon?Tittel=rettigheter-ansvar-organisering-10000> (8.3.2017).
6. FNs høykommissær for menneskerettigheter. Istanbul Protocol. New York: United Nations, 2004. www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf (8.3.2017).
7. Berge T. Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2005; 42: 125–7.

Mottatt 24.11. 2016, første revisjon innsendt 27.2. 2017, godkjent 9.3. 2017. Redaktør: Ketil Slagstad.

Publisert først på nett.