

Vad vi vet om tortyr och dess konsekvenser

En kunskapskartläggning inom hälso- och sjukvården i Region Skåne



Region Skåne
Skane.se
Kunskapscentrum migration och hälsa
Malmö, november 2020

Kunskapscentrum migration och hälsa är en del av Region Skåne och verkar för en mer jämlik och säker vård till personer från andra länder. Vi erbjuder kunskapsstöd med fokus på att stärka hälso- och sjukvårdspersonals kunskaper om migrationsfrågor inom vården.

Tidigare publikationer från Kunskapscentrum migration och hälsa:

Språktolkning inom hälso- och sjukvård – en fråga om mänskliga rättigheter (2019)

En viktig bok om omsorg – metodhandbok i att stötta ensamkommande unga (2018)

Jämlik hälso- och sjukvård ur ett migrationsperspektiv – rapport om möjliga indikatorer för kvalitetsuppföljning i Region Skåne (2018)

Migration och hälsa – en omvärldsanalys utifrån Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag (2017)

Innehåll

Förord	6
Ord- och begreppslista	7
Sammanfattning	8
Introduktion	10
Syfte och frågeställningar	11
Metod	12
ENKÄTER	12
INTERVJUER	13
ENKÄT TILL ÖVRIGA REGIONER	13
DIAGRAM	13
Rapportens upplägg	14
Nuläge i Region Skåne	14
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS UPPDRAG OCH ISTANBULPROTOKOLLET	14
BUP TRAUMA OCH RÖDA KORSETS BEHANDLINGSCENTER	16
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS ERFARENHETER AV BEFINTLIG STRUKTUR	16
Om tortyr	19
Tortyr – ett brott mot mänskliga rättigheter	19
TORTYRDEFINITIONER	20
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALS KUNSKAP OM TORTYR	21
FYSISKA OCH PSYKOLOGISKA TORTYRMETODER	22
FÖREKOMST AV TORTYR	23
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALS UPPSKATTNING AV HUR OFTA DE MÖTER PATIENTER SOM UTSÄTTS FÖR TORTYR	24
Vem utsätts för tortyr?	25
BARN OCH UNGDOMAR	25
HBTQ-PERSONER	26
KVINNOR OCH SEXUELLT VÅLD	26
SAMMANFATTNINGSVIS OM TORTYR	27
Tortyrens konsekvenser för hälsan	28
Fysiska hälsokonsekvenser av tortyr	28
KUNSKAP OM FYSISKA HÄLSOKONSEKVENSER AV TORTYR	30
Psykiska hälsokonsekvenser av tortyr	32
KUNSKAP OM PSYKISKA HÄLSOKONSEKVENSER AV TORTYR	32

Psykosociala hälsokonsekvenser av tortyr	34
KONSEKVENSER FÖR FAMILJEN	35
KONSEKVENSER FÖR SAMHÄLLET	36
KUNSKAP OM PSYKOSOCIALA HÄLSOKONSEKVENSER AV TORTYR	36
SAMMANFATTNINGVIS TORTYRENS KONSEKVENSER FÖR HÄLSAN	39
Att identifiera tortyröverlevare och dokumentera tortyrskador	40
Att identifiera tortyröverlevare	40
ATT FRÅGA RUTINMÄSSIGT ELLER SCREENA FÖR TORTYR	42
ATT STÄLLA FRÅGOR OM TORTYR	45
TILLIT OCH SVÅRIGHETER MED ATT BERÄTTA OM TORTYRUPPLEVELSER	47
Att dokumentera tortyrskador	50
INTYG I ASYLPROCESSEN	50
SAMMANFATTNINGVIS ATT IDENTIFIERA TORTYRÖVERLEVARE OCH DOKUMENTERA TORTYRSKADOR	53
Hälso- och sjukvårdspersonalens behov	54
Behov av utbildningsinsatser för vårdpersonal	54
UTBILDNINGENS INNEHÅLL OCH INRIKTNING	56
Behov av stödmaterial	57
Organisatoriska förutsättningar, samverkan och stöd på arbetsplatsen	59
SAMMANFATTNINGSVIS HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS BEHOV	63
Avslutande diskussion	64
Kartläggning av kunskap	64
TORTYR OCH DESS KONSEKVENSER	65
IDENTIFIERING OCH DOKUMENTATION	66
Hur resultatet integreras i projektet	68
AVSLUTNINGSVIS OM DIKT, KUNSKAPSCENTRUM MIGRATION OCH HÄLSA OCH REGION SKÅNE	70
Litteraturförteckning	72
Bilaga 1. Enkätutskick och intervjuer	
Bilaga 2. Enkät riktad till hälso-och sjukvårdspersonal i Region Skåne	
Bilaga 3. Enkät riktad till regioner	

Förord

För några år sedan lyssnade jag på en föreläsning av Röda Korset om tortyr. Jag minns särskilt att föreläsaren berättade om en tortyrmetod, falaka, som går ut på att slå med hårda föremål mot fotsulor. Det lär vara oerhört smärtsamt, och som jag minns det slås fötternas fettvävnader sönder för all framtid. Trots att det inte nödvändigtvis finns några synliga ärr på fotsulorna, leder det till kronisk smärta som gör att det är förenat med stor smärta att belasta fötterna. Föreläsaren tipsade om en särskild gymnastiksko med mjuk sula som har visat sig fungera någorlunda väl för en del patienter. Den här beskrivningen gjorde stort avtryck på mig, och efter denna föreläsning ser jag dem med jämna mellanrum. Män som vaggar fram, iklädda kostym eller annan proper klädsel, och till detta stilmässigt helt felaktiga gymnastikskor. En liten detalj gör att jag plötsligt kan identifiera ett orsakssammanhang som jag tidigare aldrig reflekterat över.

På Kunskapscentrum migration och hälsa i Region Skåne arbetar vi med frågor som rör migranternas hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård. Enheten är inne på sitt femte verksamhetsår och år 2020 har präglats av en pandemi som satt hela världen i gungning. En sak som blivit tydlig är att samhället inte är starkare än sin svagaste länk. När det finns grupper som lever i social utsatthet och vars tillgång till hälso- och sjukvård brister, får det effekter för hela samhället och alla som lever i det. På så vis har covid-19 synliggjort vikten av det vi på Kunskapscentrum migration och hälsa kallar ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård. Med detta menar vi vikten av att vid planering och genomförande av vårdinsatser ta i beaktande att delar av befolkningen till exempel inte har svenska som modersmål. Ett annat exempel är att det kan finnas migrantgrupper med erfarenheter som inte ligger inom normen för vad hälso- och sjukvården i Sverige är vana vid att hantera. En sådan erfarenhet kan vara att ha utsatts för tortyr.

Vad vi vet om tortyr och dess konsekvenser - En kunskapskartläggning inom hälso- och sjukvården i Region Skåne är en del av projektet DIKT – Dokumentation, identifiering och kunskap om tortyr som Kunskapscentrum migration och hälsa driver sedan 2019. Projektet inleddes då vi blev uppmärksammade på brister inom hälso- och sjukvården gällande identifiering och behandling av patienter som utsatts för tortyr. Hälso- och sjukvårdspersonal ska så klart inte leta efter män i gymnastikskor med vaggande gång, men det jag vill peka på med detta exempel är att ibland behövs det nycklar för att tolka vissa sammanhang. Om inte hälso- och sjukvården har den kunskap som krävs för att uppmärksamma de här patienterna blir det fel i flera led – patienten får inte ändamålsenlig behandling eller tillgång till rehabiliterande insatser, vårdpersonalen lyckas inte hjälpa den drabbade och sjukvården missriktar sina resurser.

I denna rapport fokuserar vi på vilken kunskap hälso- och sjukvårdspersonal har om tortyr och dess konsekvenser, och likaså de behov personalen uttrycker för att öka sina kunskaper inom området. För att kartlägga detta har drygt 1500 personer i vården svarat på en enkät, och jag vill tacka alla er som tagit er tid att besvara frågor. Särskilt tack till den grupp på tio personer som ställde upp på att delta i en fördjupningsintervju. Ytterligare en enkät riktades till övriga regioner i Sverige, tack för era svar. Jag vill också rikta mitt tack till Socialdepartementet som finansierar stora delar av DIKT-projektet. Denna treåriga satsning vore inte möjlig att genomföra utan externa medel. När den första etappen av tre nu avslutas i och med färdigställandet av denna rapport, har Kunskapscentrum migration och hälsa ett grundmaterial att utgå ifrån i det fortsatta arbetet. Tack alla ni som har bidragit till detta!

Malmö november 2020

Jenny Malmsten

Enhetschef Kunskapscentrum migration och hälsa Fil.dr. internationell migration och etniska relationer

Ord- och begreppslista

Tortyröverlevare/utsatt för tortyr: I rapporten använder vi begreppet **tortyröverlevare**, som ofta används för att visa på en styrka, och att man lever vidare. Alternativt används **utsatt för tortyr** i texten för att visa på att det är något som man blir utsatt för, och inte själv har haft någon del i eller kontroll över. Även ordet tortyroffer förekommer i rapporten men bara då det används i originalkällan, som till exempel i juridiska texter eller i direkta citat.

Informant: Person som deltagit i intervju.

Respondent: Person som svarat på enkät.

Amnesty International: Internationell ideell människorättsorganisation med avdelningar över hela världen. Arbetar med att dokumentera kränkningar av mänskliga rättigheter samt opinionsbildning och påverkansarbete.

Human Rights Center: En del av University of Essex och är ett av världens mest välrenommerade akademiska mänskliga rättighetscenter.

Röda Korset: Internationell ideell humanitär organisation som är både världens och Sveriges största humanitära frivilligorganisation. Arbetar i krigs- och katastrofdrabbade områden men också med bland annat hälsa, vård och psykosocialt stöd.

Kontoret för FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter: En byrå inom FN. Kontoret ansvarar för att främja och skydda de mänskliga rättigheterna, vara rådgivare till regeringar och samordna aktiviteter inom FN som rör mänskliga rättigheter.

FÖRKORTNINGAR FÖR VERKSAMHETER

VC: Vårdcentral

VUP: Vuxenpsykiatri

TV: Tandvård

KSV: Kvinnosjukvård

BUP: Barn- och ungdomspsykiatri

BSV: Barnsjukvård

BMM: Barnmorskemottagning/mödravårdscentral

BVC: Barnavårdscentral

UM: Ungdomsmottagning

SMM: Smärtmottagningar

ÖP: Övrig primärvård

ESO: Ej sorterad

ESP: Ej specificerad

Sammanfattning

Vad vi vet om tortyr och dess konsekvenser - En kunskapskartläggning inom hälso- och sjukvården i Region Skåne är en del av det treåriga projektet DIKT – Dokumentation, identifiering och kunskap om tortyr som genomförs av Kunskapscentrum migration och hälsa i Region Skåne. Syftet med rapporten är dels att belysa kunskapsläget hos hälso- och sjukvårdspersonal inom Region Skåne gällande tortyr och dess konsekvenser, dels att presentera ett faktaunderlag som ett led i den kunskapsinsamling och kunskapsspridning som pågår inom ramen för projektet DIKT. Rapporten bygger på cirka 1500 enkätsvar och tio intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal och tandvårdspersonal i Region Skåne, enkäter till sjukvårdstrateger i andra regioner, samt nationell och internationell forskning.

I rapporten ges en överblick av hur identifiering av tortyröverlevare sker i Region Skåne och var behandling erbjuds. I Region Skånes formulär för hälsosamtal till asylsökande med flera, ingår i nuläget ingen fråga om tortyr. Detta är något som de flesta andra regioner inkluderar i sina hälsoundersökningar. Var och i vilken mån tortyr identifieras i vården idag är svårt säga, för att svara på det skulle det krävas att någon form av kodning används. Detta görs inte idag i Region Skåne, och knappt heller i övriga landet.

Psykologisk och psykiatrisk specialistbehandling erbjuds idag på den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen BUP trauma, samt på Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. Det senare sker genom ett avtal mellan Röda Korset och Region Skåne, ett så kallat Idéburet offentligt partnerskap (IOP). I enkätsvar framkommer en frustration över långa väntetider för patienter som utsatts för tortyr, men också en frustration över bristen på mottagningar med uppdrag att ta emot denna patientgrupp och otydliga remissvägar inom den övriga hälso- och sjukvården.

Det finns ingen enhetlig definition av begreppet tortyr. De definitioner som finns i internationella och regionala instrument har oftast samma grund, men specificerar olika omständigheter. I de flesta definitioner betonas att tortyr innebär allvarlig smärta och lidande. Det utförs medvetet av en stat eller andra auktoriteter och syftet med handlingen är att tillfoga lidande för att injaga fruktan, skapa splittring eller diskriminera. Forskning visar att den normativa bilden av personer som utsätts för tortyr är att det är män som fängslas och/eller torteras på grund av sitt politiska engagemang. Detta gör att andra tortyrutsatta individer och grupper löper risk att inte identifieras, såsom kvinnor, HBTQ-personer och barn.

Enkätrespondenterna har på en tiogradig skala själva fått uppskatta sin kunskap om tortyr och dess konsekvenser för den fysiska, psykiska och psykosociala hälsan. Genomgående skattar ungefär hälften av respondenterna att de har låga eller mycket låga kunskaper om tortyr och dess konsekvenser, och den andra hälften anser att deras

kunskaper är medelgoda eller bättre. Det område som skiljer från övriga är den skattade kunskapen om psykiska hälsokonsekvenser, där majoriteten skattar sina kunskaper som medelgoda eller bättre, omkring 60 procent. De som överlag anser sig ha bättre kunskaper än andra yrkesgrupper är i första hand socionomer och i andra hand psykologer.

Nästan en femtedel av respondenterna svarar att de aldrig möter patienter som utsatts för tortyr och över en fjärdedel svarar ”vet ej” på samma fråga. Det innebär att knappt hälften av de svarande inte tror sig möta patienter som utsatts för tortyr. De som genomsnittligt bedömer sin kunskapsnivå om tortyr som högre anger också att de möter patienter med eventuella tortyrbesvär oftare.

Färre än en av tio (åtta procent) menar att de i stor utsträckning eller helt har den kunskap de behöver för att identifiera patienter som utsatts för tortyr. Ungefär en av tjugo (sex procent) frågar rutinmässigt patienter med erfarenhet av flykt om de har utsatts för tortyr. Medan färre än en av tjugo (fyra procent) har medverkat till att skriva ett intyg om tortyrrelaterade besvär till Migrationsverket.

I intervjuerna med hälso-och sjukvårdspersonal framgår att flera känner oro inför att ställa frågor om upplevd tortyr. Det kan bero på att det är oklart vart patienten kan remitteras vidare eller att personalen känner en oro inför att patienten ska ta skada av frågan. I intervjusvaren poängterar hälso- och sjukvårdspersonal också vikten av att bygga förtroende, och att det kan ta tid innan det går att prata med patienten om tortyr. Sammantaget går det att utifrån enkätsvar och intervjuer dra slutsatsen att det finns en risk för att hälso- och sjukvården missar patienter som varit utsatta för tortyr.

I enkät- och intervjusvar framkommer önskemål från hälso- och sjukvårdspersonal om utbildning kring tortyr och dess konsekvenser samt om stödmaterial som checklistor, patientmaterial eller vårdprogram. Organisatoriskt ser hälso- och sjukvårdspersonalen ett behov att få ökade förutsättningar för att möta tortyrutsatta patientgrupper. Det handlar exempelvis om handledning, ökad samverkan internt och externt samt tydliga remissvägar och en centraliserad stödfunktion.

De resultat och synpunkter som framkommer i enkätsvar och intervjuer tillvaratas inom projektet DIKT som under nästkommande två år kommer att arbeta med bland annat följande i Region Skåne: fortbildningar riktade till hälso- och sjukvårdspersonal, skapandet av en sakkunniggrupp samt framtagandet av ett vårdprogram som ska ge stöd i hur hälso- och sjukvårdspersonal kan arbeta med patienter som utsatts för tortyr.

Introduktion

Det finns en mening i uppdragsbeskrivningen till Kunskapscentrum migration och hälsa som kan sägas ligga till grund för den rapport du nu håller i din hand. *Enheten ska främja målgruppens hälsa och förebygga ohälsa genom att identifiera och systematiskt kartlägga områden där vården inte når ut.* Målgruppen är i det här fallet personer från andra länder. Ytterligare några meningar i uppdragsbeskrivning har sedan enheten bildades 2016 gett vägledning i vad enheten ska arbeta med och två begrepp är återkommande: jämlik vård och rätten till vård.

Under Kunskapscentrum migration och hälsas första verksamhetsår träffade vi som arbetar på enheten med jämna mellanrum på frågor som handlar om patienter som utsatts för tortyr och som söker vård i Region Skåne för tortyrskador. Eller för att vara tydlig, baserat på de uppgifter vi fick, är det snarare så att denna patientgrupp oftast inte söker vård för tortyrskador. De söker vård för värk i ryggen, sömnproblem, ångest, diffus smärta eller helt andra symtom. Den information vi fick från hälso- och sjukvårdspersonal, representanter från civilsamhället och sakkunniga inom området är att det finns ett glapp mellan antalet personer som utsatts för tortyr, och antalet personer som behandlas för tortyrskador. På Kunskapscentrum migration och hälsa identifierade vi därför detta som ett område där vården inte når ut.

Skälen till detta är många. Det är inte ovanligt, vilket kommer att visas i denna rapport, att personer som utsatts för tortyr ogärna pratar om det, eller kanske inte är medvetna om att de symtom de upplever beror på tidigare tortyrskador. Det är heller inte självklart, vilket också kommer att visas i denna rapport, att hälso- och sjukvårdspersonal ställer frågor om tortyr. Den personal som ställer frågor är heller inte alltid säker på vad de ska göra, om patienten svarar ”ja, jag har blivit utsatt för tortyr”.

Det måste också sägas att det av förklarliga skäl är obehagligt att möta konsekvenserna av tortyr. Med det menar vi inte att det är obehagligt att möta själva patienten, men att konfronteras med effekterna av tortyr är en obehaglig påminnelse om de orättvisor som finns i världen. För att identifiera tortyrskador krävs det en förkunskap om området men också ett visst mod. Därefter krävs kunskap om behandlingsformer för att patienten ska få rätt vård, och inte bara rätt vård utan även den vård patienten har rätt till.

Baserat på de utsagor Kunskapscentrum migration och hälsa tog del av väcktes tanken att genomföra en större satsning på kunskapsspridning om tortyr och tortyrskador inom hälso- och sjukvården i Region Skåne. Snart förstod vi att det skulle krävas större resurser än de vi har på enheten, och därför utformades satsningen till en projektansökan som beviljades av Socialdepartementet (S2019/01485/FS) och löper över en treårsperiod.

DIKT – Dokumentation, identifiering och kunskap om tortyr

Sedan hösten 2019 driver Kunskapscentrum migration och hälsa projektet DIKT – Dokumentation, identifiering och kunskap om tortyr. Projektet syftar till att förbättra förutsättningarna för identifiering och dokumentation av tortyrskador och därmed utveckla vården för tortyröverlevare. Projektet genomförs i tre etapper:

- Den första etappen innefattar en kartläggning inom Region Skånes hälso- och sjukvård av kunskapsläget gällande tortyr och dess konsekvenser. I föreliggande rapport redovisas resultaten av kartläggningen.
- I den andra etappen är fokus på fortbildning gällande tortyrskador för vårdpersonal, men också på att etablera en sakkunniggrupp inom Region Skåne. Denna har till uppgift att verka för att kunskapen i regionen uppdateras och bibehålls, genom att de får en fördjupad kunskap kring tortyrskador, symtom och behandling.
- I den tredje etappen ligger fokus på bredare kunskapsspridning, dels via en webbsida om tortyr och tortyrskador, dels genom framtagande av informationsmaterial på olika språk för personer som har utsatts för tortyr. Slutligen är planen att utarbeta ett vårdprogram, så att kunskapen långsiktigt kan införlivas och bibehållas i Region Skånes hälso- och sjukvård.

Förhoppningen med DIKT är att kombinationen av kunskapshöjande insatser, etableringen av en sakkunniggrupp och ett vårdprogram gör att effekterna av satsningen ska sträcka sig betydligt längre än projekttiden. Kunskapscentrum migration och hälsas huvuduppdrag är att verka för en jämlik och säker vård för personer från andra länder, och genom DIKT hoppas vi kunna bidra till just detta.

Syfte och frågeställningar

Vad vi vet om tortyr och dess konsekvenser - En kunskapskartläggning inom hälso- och sjukvården i Region Skåne har två delsyften. Det första delsyftet är att belysa kunskapsläget hos hälso- och sjukvårdspersonal inom Region Skåne gällande tortyr och dess konsekvenser. För att undersöka detta genomförs en kartläggning bland hälso- och sjukvårdspersonal med följande övergripande frågeställningar:

- Vad innebär tortyr?
- Vilka fysiska, psykiska och psykosociala konsekvenser har tortyr för hälsan?
- Hur identifieras tortyröverlevare?
- Hur dokumenteras tortyrskador i hälso-och sjukvården?

I kartläggningen undersöks också hälso-och sjukvårdspersonalens behov av stöd och utbildning för att kunna möta tortyröverlevare på bästa sätt.

Det andra delsyftet är att presentera ett faktaunderlag som svarar på ovanstående frågeställningar baserat på forskning, beprövad erfarenhet och nationella samt internationella riktlinjer och konventioner. Faktaunderlaget är ett led i den kunskapsinsamling och kunskapspridning som pågår inom ramen för projektet DIKT.

Utöver dessa frågeställningar undersöks också hur andra regioner arbetar med frågor om tortyr och dess konsekvenser, detta för att få en bild av hur arbetet med tortyrskador ser ut i övriga Sverige.

Resultaten från kartläggningen och materialet från faktaunderlaget ligger därefter till grund för projektet DIKT:s fortsatta arbete i Region Skåne med att genomföra utbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal samt att ta fram ett vårdprogram inom regionen.

Målgruppen för rapporten är huvudsakligen tjänstepersoner och beslutsfattare i Region Skåne. Det är tänkbart att rapportens resultat och slutsatser kan vara användbara i andra regioner, och därför kan vara av intresse även ur ett nationellt perspektiv. Även hälso- och sjukvårdspersonal kan läsa rapporten i syfte att få en större kunskap kring de utmaningar som finns med att möta och vårda personer som har utsatts för tortyr.

Metod

Rapporten är framtagen genom tre metodologiska arbetsätt:

- Översikt av aktuell forskning om tortyr och dess konsekvenser.
- Insamling av kvantitativa data från hälso- och sjukvårdspersonal i Region Skåne samt sjukvårdstrategier i andra regioner i Sverige.
- Insamling av kvalitativa data från hälso- och sjukvårdspersonal i Region Skåne.

Syftet med att använda flera metoder är att fånga både forskningsmässig och yrkesförvärvad kunskap, samt att enkätsvar och intervjuer får komplettera varandra. En fördjupad genomgång av metoden går att läsa i bilaga 1.

ENKÄTER

En enkät (se bilaga 2) utformades där respondenterna ombeds att själva uppskatta sin kunskap om tortyr och dess hälsokonsekvenser, hur ofta de möter patienter med besvär som kan bero på tortyr och om de vet vilka insatser som finns tillgängliga för denna patientgrupp.

Inför arbetet med att skicka ut en enkät identifierades ett flertal verksamheter som särskilt viktiga i identifierandet av tortyröverlevare:

- primärvård, med undantag av palliativ vård och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)
- barn- och vuxenpsykiatri
- tandvård
- barnsjukvård
- barn- och ungdomsmedicinska mottagningar
- smärtmottagningar
- kvinnosjukvård.

Urvalet baseras på verksamhetsområden inom hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) som så gott som alla kommer i kontakt med under livet. Även psykiatri finns med eftersom tortyr ger svåra psykiska konsekvenser. I denna rapport finns ett särskilt fokus på att belysa att även kvinnor, barn och HBTQ-personer utsätts för tortyr, och därför ingår även verksamheter som inriktar sig på kvinnor, barn och ungdomar.

Enkäten mejlades till samtliga medarbetare inom ovanstående verksamheter som det gick att erhålla en e-postadress till, undantaget administrativ personal. Alla respondenter kommer övergripande i rapporten benämnas som hälso- och sjukvårdspersonal, och i detta begrepp inkluderas även tandvårdspersonal. Vid tillfällen då tandvård är av särskilt intresse benämns detta i rapporten.

När personer som var tjänstlediga, föräldralediga, hade avslutat sin anställning eller som e-postutskicket inte gick att leverera till räknats bort hade enkäten gått ut till 12 519 personer. Enkäten fanns öppen att svara på under fyra veckor och 1519 svar erhöles under den tiden. Det har varit frivilligt att delta i enkätundersökningen, vilket gör att det är möjligt att det finns en viss överrepresentation av personer som är intresserade av frågor som rör tortyr och dess konsekvenser. I enkätsvaren framkommer dock att deltagarnas självrapporterade kunskaper är skiftande, vilket talar för att inte enbart respondenter med intresse för frågan har deltagit.

INTERVJUER

Av de 99 respondenter som i enkäten svarar att de är intresserade av att delta i intervjuer var 17 personer fortsatt intresserade när datum för intervjuernas presenterades. För att skapa en blandad grupp valdes tio personer ut utifrån yrke, verksamhetsområde, geografisk spridning och självskattad kunskap.

ENKÄT TILL ÖVRIGA REGIONER

Ytterligare en enkät utformades till landets övriga regioner. Denna berör regionernas övergripande arbete med tortyrutsatta, till exempel ställs frågor om utbildningar inom området, riktlinjer på lokal eller regional nivå och om information på regionens webbplats. Enkäten gick till strateger eller personer med liknande nyckelpositioner gällande respektive regions arbete med vård för tortyrutsatta. Av övriga 20 regioner i landet, Region Skåne borträknat, besvarade 16 regioner enkäten. Svar inkom inte från Norrbotten, Västerbotten, Halland och Kronoberg.

DIAGRAM

I de diagram som anger andelar i procent är siffrorna avrundade till närmsta heltal, det förekommer därför att den totala summan av procentsatserna inte blir exakt 100 procent.

Rapportens upplägg

Rapporten består av sex kapitel. I detta inledande kapitel redogörs för rapportens syfte, frågeställningar och bakgrund samt en bild av hur det i nuläget ser ut vad gäller vård för tortyröverlevare i Region Skåne.

Andra kapitlet ”Om tortyr” ger en fördjupad bild av vad begreppet tortyr innebär, förekomst av tortyr och vem som utsätts för tortyr. I kapitlet inbegrips också hälso- och sjukvårdspersonals bedömning av sina kunskaper om tortyr och hur ofta de möter tortyröverlevare i hälso- och sjukvården.

Tredje kapitlet, ”Tortyrrens konsekvenser för hälsan” går in på vilka fysiska, psykiska och psykosociala konsekvenser tortyr kan ha. I detta kapitel varvas resultat vad gäller hälso- och sjukvårdspersonalens självskattade kunskapsnivå om hälsokonsekvenser av tortyr med forskning på området.

I fjärde kapitlet, ”Att identifiera tortyröverlevare och dokumentera tortyrskador”, undersöks hälso- och sjukvårdspersonalens självskattade kunskapsnivå vad gäller identifiering och dokumentation. Kapitlet utgår även från forskning på området och tar upp hälso- och sjukvårdspersonals intervju svar om vilka förutsättningar som behövs för att identifiering och dokumentation ska kunna genomföras.

I det femte kapitlet ”Hälso- och sjukvårdspersonalens behov” ges en fördjupad bild av just vilka behov hälso- och sjukvårdspersonal har vad gäller utbildningsinsatser, stödmaterial och organisatoriska förutsättningar. Kapitlet utgår ifrån de svar som inkommit via intervjuer och enkäter.

I det sjätte och sista kapitlet ”Avslutande diskussion” analyseras det som har framkommit i kunskapskartläggningen på en djupare nivå. I kapitlet diskuteras också hur resultatet ska integreras i projekt DIKT samt hur hälso- och sjukvården på en strategisk nivå kan arbeta för att förbättra tortyröverlevares tillgång till vård.

Nuläge i Region Skåne

Efter denna introduktion av syfte och frågeställningar samt kort presentation av projektet DIKT är tanken med följande avsnitt att ge en bild av hur vården för tortyröverlevare för närvarande ser ut i Region Skåne.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS UPPDRAG OCH ISTANBULPROTOKOLLET

Vilket är hälso- och sjukvårdens uppdrag när det gäller behandling av personer som utsätts för tortyr? Regioner är skyldiga att erbjuda vård utifrån den enskildes medicinska behov och i enlighet med de prioriteringsgrunder som gäller inom hälso- och sjukvården samt i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen, 2014). Region Skåne ska enligt hälso- och sjukvårdsuppdraget för 2020 (Region Skåne, 2019a) bedriva en jämlik vård och minska omotiverade skillnader, bland annat genom att följa nationella riktlinjer och regionala vårdprogram. För att ge jämlika resultat och

upplevelser ska vårdens utbud och innehåll anpassas till den enskildes förutsättningar och behov. Region Skånes policy om *Lika rättigheter och möjligheter* samt policyns tillämpningsanvisningar ska följas.

Asylsökande och papperslösa ska erbjudas ”vård som inte kan anstå”. Region Skåne har för den psykiatriska vården fastställt som riktlinje att i princip all vård bör betraktas som vård som inte kan anstå (Region Skåne, 2016). I Socialstyrelsens vägledning om vård som inte kan anstå framgår det att vård för personer med särskilda behov bör bedömas särskilt omsorgsfullt, en sådan grupp är personer som utsatts för tortyr (Socialstyrelsen, 2020a).

Samtliga asylsökande samt vissa andra personer som har migrerat till Sverige erbjuds att delta i en hälsoundersökning som genomförs av inom primärvården. Syftet med hälsoundersökningen är att upptäcka ohälsa samt erbjuda vård och smittskydd, både för att det gagnar den enskilde personen men också samhället i stort. En hälsoundersökning består av hälsosamtal med en sjuksköterska, provtagning och vid behov ett läkarbesök. I Region Skånes formulär för hälsosamtal ingår i nuläget ingen fråga om tortyr (Region Skåne, 2019b). I DIKT:s enkät till övriga regioner framkommer att de flesta andra regioner inkluderar detta i hälsoundersökningarna.

Var och i vilken mån tortyr identifieras i vården idag är svårt säga, för att svara på det skulle det krävas att någon form av kodning används. Det skulle exempelvis kunna vara en kod för Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Socialstyrelsen (2015) beskriver KVÅ som en kod som används för statistisk beskrivning av åtgärder i bland annat hälso- och sjukvård. Åtgärder inom hälso- och sjukvården innebär i sin tur patientinriktade insatser som huvudsakligen utförs i ett utredande, behandlande eller förebyggande syfte. Någon sådan kod för tortyr finns inte idag. Det finns dock en diagnoskod, en så kallad ICD-kod som benämns Y07.3, Misshandel utövad av myndighet. Den används inte systematiskt i Region Skåne och knappt heller i övriga landet. I DIKT:s enkät till övriga regioner uppger två regioner av de 16 svarande att denna används. Syftet med sjukdomsklassifikationen ICD är att möjliggöra klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som är orsak till människors kontakter med hälso- och sjukvården eller orsak till människors död (Socialstyrelsen 2020b). Bristen på kodning vad gäller identifiering och behandling av tortyr, gör att det är svårt att få fram kunskap på aggregerad nivå om patienter som utsatts för tortyr.

I Skåne genomförs tortyrskadeutredningarna enligt Istanbulprotokollet av Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö. Istanbulprotokollet är en internationellt erkänd manual för medicinsk och juridisk utredning och dokumentation av tortyrskador. Den medicinska delen av manualen innehåller psykosocial utredning, psykologisk/psykiatrisk utredning och somatisk utredning. De psykosociala och psykologiska delarna av utredningen genomförs av psykologer, medan den somatiska delen genomförs av läkare (Röda Korset, 2015).

BUP TRAUMA OCH RÖDA KORSETS BEHANDLINGSCENTER

Vilka instanser finns då i Region Skåne för att hantera patienter med tortyrskador? Patienter kan remitteras till olika specialistmottagningar i Region Skåne för specifika problem, precis som alla andra patienter. Det finns dock två instanser med särskilt uppdrag gällande patienter med tortyrskador, barn- och ungdomspsykiatrimottagningen trauma (BUP trauma) och Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade.

BUP trauma hette tidigare Teamet för krigs- och tortyrskadade och hade då ett smälare behandlingsuppdrag med fokus på just barn och unga exponerade för krig eller tortyr. BUP trauma tar emot minderåriga som lider av svår eller komplex posttraumatiskt stressyndrom posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) oavsett orsak och traumabakgrund. Därtill har BUP trauma ett särskilt ansvar för behandling av barn och unga med psykiatrisk ohälsa till följd av tortyr, oavsett symtombild. Teamet saknar dock kompetens för att utreda tortyrskador enligt Istanbulprotokollet.

Specialistmottagningen för vuxna drivs av Röda Korset som genom avtal med Region Skåne tar emot remisser från hälso- och sjukvården för psykologisk behandling. Detta avtal finns sedan 2013 och är ett Idéburet offentligt partnerskap (IOP), en samverkansmodell för offentlig sektor och idéburen sektor. Målgruppen är krigsskadade och torterade flyktingar, asylsökande och papperslösa som lider av PTSD till följd av krigs-, tortyr- och migrationsrelaterade trauman. Patienter kan söka via egenremiss eller remitteras av annan vårdgivare (Region Skåne, 2018).

Statistik för 2016–2018 för Röda Korsets mottagning visar att det inkommer 250-300 remisser årligen, cirka 400 patienter finns inskrivna och omkring 6500-7000 behandlingstimmar utförs varje år. Samtidigt är väntetiderna årslånga. Det görs också som mest upp mot ett tiotal tortyrskadeutredningar enligt Istanbulprotokollet varje år (B. Soerich, personlig kommunikation, 12 oktober, 2020).

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS ERFARENHETER AV BEFINTLIG STRUKTUR

Efter denna kortfattade översikt av hälso- och sjukvårdens uppdrag och de enheter som på uppdrag av Region Skåne arbetar med tortyrskador är fokus i följande avsnitt hur hälso- och sjukvårdspersonal uppfattar befintlig struktur i arbetet med tortyrutsatta patienter. I intervjuerna framkommer upplevda svårigheter med att remittera patienter till dessa specialistmottagningar eller andra mottagningar inom regionen:

Jag tycker att det är svårt det här med att det är så lång kö. Jag har ibland känt "Är det någon mening med att jag remitterar den här patienten till Röda Korset?". För det blir liksom, det är svårt för patienten där man är i det skedet, att ta till sig att du ska vänta ett år.

Sjuksköterska vårdcentral

Så man sitter där ofta som distriktsläkare med skägget i brevlådan. Det vill säga man utgör på något sätt i bästa fall den kontinuitet som finns för patienten, i den mån man har möjlighet, i väntan på att få någon form av annan hjälp som ligger längre fram, och som ingen riktigt vet hur den ser ut.

Läkare, vårdcentral

Vem tar hand om patienten har ett kroniskt smärttillstånd men inte PTSD, vem tar hand om vederbörande då? Är det sjukgymnasten på vårdcentralen, är det smärtcentrum?

Läkare B, psykiatri

På vårdcentral hade jag hälsoundersökningar och hade en del ensamkommande barn. Och där var det flera som man faktiskt inte visste vad man skulle göra av för de mådde skitdåligt (...) om det var att Röda Korset inte tog emot dem för att de var för unga (...) BUP kunde inte ta dem, det var för övermäktigt, det var för svåra saker för dem. Nej, de föll emellan och mådde ju skit. Så där tyckte jag att det var svårt (...) Någon som jag kunde remittera till som tog hand om dem, och inte bara bollade det vidare. För det här inte mitt bord, jag klarar inte det här, det är inte jag som ska lösa det här. De behöver hjälp från någon som kan ta hand om det, och då känner jag att det är ingen som vill.

Sjuksköterska BVC

Röda Korset har ju sitt, de har ju sina kriterier. Det är väldigt avgränsat. Och smärtenheten har sitt, psykiatri har sitt. Vårdcentralen ska ju också kunna ta det. (...) Ja, det finns väl egentligen ingen som har det [holistiska] just nu. Det finns ju ingen sådan enhet egentligen. På Röda Korset skulle man egentligen vilja ha det, men de har ju inte det uppdraget.

Läkare B, psykiatri

Sen är det ju ändå så att det är en minoritet av de som är tortyrskadade eller torterade personer som remitteras till Röda Korset, de flesta kommer ju aldrig skickas eller tas emot dit. Så det är ju viktigt att ha med sig. Den mesta behandlingen av de här människorna sker ju inte på Röda Korset.

Läkare B, psykiatri

I ovanstående svar framkommer en frustration över långa väntetider för patienter som utsatts för tortyr och en frustration över bristen på mottagningar med kompetens eller uppdrag att ta emot denna patientgrupp. För de vuxna patienter som inte ingår i Röda Korsets specialistuppdrag finns ingen annan mottagning med särskilt fokus på tortyrskador. Bland enkätens respondenter finns också de som i fritextsvar ger uttryck för att det förmodligen fungerar ganska bra idag, eller att det här inte är ett område som behöver mer insatser.

Jag tror att det flesta patienter som utsatts för tortyr har redan fått en kontakt med någon från det psykosociala teamet eller psykiatrin eller kanske migrationsverket. Om någon kommer till en vårdcentral för ett kort besök som är konkret somatiskt frågar man inte övriga frågor då det inte är relevant. Om patienten uttrycker oro eller annan psykisk ohälsa slussas de vidare till psykosociala teamet för vidare bedömning och kontakt. Så jag vet inte vad man mer behöver veta om patienter som blivit torterade. En patient som lider av fysisk och psykisk ohälsa relaterat till tortyr behandlas som alla andra som har någon psykisk eller fysisk ohälsa. Det psykosociala teamet måste signalera om det är något övrig personal bör tänka på i vårt möte med den patienten.

Ej upplevt att vi har den typen av patienter i primärvården. Förmodar att de blir hänvisade till psykolog eller samtalsterapi för de som har specialutbildning i området.

Jag är personligen inte särskilt intresserad av tortyroffer och konsekvenser av tortyr. Det daltas alldeles för mycket med dem och ställs för lite krav på anpassning.

Att hälso- och sjukvårdspersonal i många fall inte har träffat på denna patientgrupp är något som återkommer när resultaten från enkäten redovisas och detta kommer att diskuteras framöver. Personliga åsikter av det slag som framkommer i det sista citatet ovan är något Kunskapscentrum migration och hälsa med jämna mellanrum stöter på vid utbildningsinsatser bland hälso- och sjukvårdspersonal. I detta sammanhang är det viktigt att betona hälso- och sjukvårdens roll och uppdrag. Patienter som har utsatts för tortyr har rätt till vård enligt de premisser som redovisades tidigare i detta kapitel, oavsett den enskildas synpunkter på svensk migrationspolitik.

Om tortyr

Kunskapscentrum migration och hälsas arbete syftar till att stötta hälso- och sjukvårdspersonal i frågor som rör migration och hälsa. Det är fullt förståeligt att hälso- och sjukvårdspersonal har sitt huvudsakliga fokus på medicinska frågor, och inte kan förväntas ha kunskap om exempelvis definitioner gällande vad som utgör tortyr, eller vilka som riskerar att utsättas för tortyr. Samtidigt kan en förkunskap om detta göra det lättare att identifiera patienter som har utsatts för tortyr. I detta kapitel beskrivs tortyrbegreppet, tortyrförbudet och definitioner av tortyr. Även förekomst av tortyr diskuteras, med särskilt fokus på kvinnor, barn och homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoners (HBTQ-personers) utsatthet. Avsikten är att visa hur tortyr definieras i internationella konventioner och att ge en inblick i hur tortyr kan yttra sig, samt att visa på att de som utsätts för tortyr är en heterogen grupp. De teoretiska avsnitten varvas med svar från enkäten riktad till personal inom hälso- och sjukvård.

Tortyr – ett brott mot mänskliga rättigheter

Tortyr är ett brott mot mänskliga rättigheter. Förbudet mot tortyr regleras i flera internationella konventioner¹, bland annat i Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna (Europarådet, 2010), hädanefter Europakonventionen, som gäller som lag i Sverige (SFS 2016:1358). Tortyrförbudet är absolut, det innebär att förbudet gäller i alla situationer och att det inte finns några undantag (Europarådet, 2010). Enligt den grundläggande principen om non-refoulement är det dessutom absolut förbjudet att återsända någon till ett land där hen riskerar att utsättas för allvarliga kränkningar av sina mänskliga rättigheter, såsom tortyr. Denna princip fastställs i flera internationella konventioner och i den svenska Utlänningslagen (SFS 2005:716.). Tortyrförbudet förbjuder tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, även kallat illabehandling. I denna rapport görs inte någon tydlig distinktion mellan tortyr och annan illabehandling, istället används begreppet tortyr i bred mening.

Personer som har utsatts för tortyr ska ha tillgång till specifika skydds- och stödmekanismer. Tortyröverlevare har rätt till upprättelse och gottgörelse, vilket är en rättighet som inkluderar rehabilitering (United Nations [UN] General Assembly, 1984). Rehabilitering innebär att så långt som möjligt återställa den tortyru utsattas livssituation.

¹ Utöver Europakonventionen regleras förbudet mot tortyr i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, i FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, FN:s konvention om barnets rättigheter.

Rehabiliteringen ska vara tillgänglig för alla tortyroffer som befinner sig inom ett lands jurisdiktion, utan någon form av diskriminering. För att till fullo uppfylla rätten till rehabilitering ska staten säkerställa att tortyroffer har god tillgång till tillgängliga och väl lämpade specialistmottagningar (UN Committee Against Torture [CAT], 2012). Även i EU:s Mottagandedirektiv, artikel 25, fastställs tortyrutsatts rätt till rehabilitering, inklusive behandling (Europaparlamentet, 2013).

Det finns olika termer för att benämna en person som har utsatts för tortyr. Termen tortyröverlevare tar fasta på motståndskraften och egenmakten hos den som har utsatts. Tortyroffer är den term som används i internationella och regionala konventioner om tortyr och termen i sig markerar att personen har fallit offer för ett brott mot mänskliga rättigheter (Human Rights Centre, 2015). I denna rapport används begreppen tortyröverlevare eller tortyrutsatt.

TORTYRDEFINITIONER

Det finns ingen enhetlig definition av begreppet tortyr. De definitioner som finns i internationella och regionala instrument har oftast samma grund, men specificerar olika omständigheter. Vad som anses utgöra tortyr är också något som förändras i takt med att juridisk praxis och samhällliga normer utvecklas. Hur definieras tortyr? I denna kartläggning ligger fokus på den definition som finns i FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (hädanefter tortyrkonventionen) samt World Medical Associations definition av tortyr. I tortyrkonventionen, artikel 1, definieras tortyr som följer:

... varje handling genom vilken allvarlig smärta eller svårt lidande, fysiskt eller psykiskt, medvetet tillfogas någon antingen för sådana syften som att erbjuda information eller bekännelse av honom eller en tredje person, att straffa honom för en gärning som han eller en tredje person har begått eller misstänks ha begått eller att hota eller tvinga honom eller en tredje person eller också av något skäl som har sin grund i någon form av diskriminering, under förutsättning att smärtan eller lidandet åsamkas av eller på anstiftan eller med samtycke eller medgivande av en offentlig tjänsteman eller någon annan person som handlar såsom företrädare för det allmänna...

(Regeringskansliet, 1986).

För att förtydliga definitionen kan den brytas ned i fyra delar:

- 1** Den första delen är **allvarlig smärta eller lidande**. För att en handling ska uppgå till tortyr krävs det en viss allvarlighetsgrad i smärtan eller lidandet som den åsamkar. Det finns dock ingen objektiv uppfattning av vad det innebär, det är relativt utifrån faktorer som kön, ålder, hälsa, religiös tillhörighet eller kulturellt sammanhang. Exempelvis utgör vissa handlingar tortyr om det utförs mot ett barn, men inte nödvändigtvis om det utförs mot en vuxen. Ett annat exempel är att klippa någons hår mot dennes vilja kan anses speciellt förnedrande i vissa kulturella kontexter. När allvarlighetsgraden bedöms brukar objektiva (som att vissa handlingar är så allvarliga att de alltid uppgår till tortyr) och subjektiva faktorer vägas samman.

- 2** Den andra delen handlar om **syftet med handlingen** och innebär att lidandet ska tillfogas för ett specifikt syfte, såsom att få information, straffa, injaga fruktan, tvinga, förnedra eller diskriminera.
- 3** Den tredje delen handlar om att smärtan och lidandet ska ha orsakats **medvetet** för att handlingen ska uppgå till tortyr. Om det inte går att bevisa medvetenhet eller medvetet underlåtande att agera, kan handlingarna uppgå till illabehandling.
- 4** Den fjärde delen behandlar **involvering av stat** och innebär att en offentlig tjänstperson eller annan person som agerar i offentlig kapacitet ska ha begått handlingarna eller instruerat andra att begå handlingarna (Human Rights Centre, 2015). I situationer då det saknas en central statsmakt kan förövaren också vara en person som företräder en organisation eller grupp, som de facto har kontroll över ett område och där utövar en myndighetsfunktion (Elmi mot Australien CAT/C/22/D/120/1998). Vidare kan staten anses ge en form av tyst medgivande om statliga representanter har vetat eller borde ha vetat att sådana handlingar har begåtts men underlåtit att handla (Human Rights Centre, 2015). FN:s tortyrkommitté fastställer att stater har flera skyldigheter kopplade till det praktiska genomförandet av tortyrförbudet. Exempelvis är stater skyldiga att avstå från att medverka i eller medvetet bidra till tortyrhandlingar, vare sig det gäller faktiskt handling eller underlåtenhet att förhindra sådana handlingar (UN Office of the High Commissioner for Human Rights [OHCHR], 2017).

World Medical Associations förståelse av begreppet tortyr kan vara av särskilt intresse för hälso- och sjukvården och i organisationens riktlinjer definieras tortyr på följande sätt:

En eller flera personer [som] på eget bevåg eller på order från någon auktoritet med syftet att få information, ett erkännande eller av någon annan anledning medvetet, systematiskt och hänsynslöst tillfogar en individ fysiskt eller psykiskt lidande.²
(World Medical Association, 1975)

Denna definition anses bredare än den som används i tortyrkonventionen, även om den också innehåller element som medvetenhet, fysiskt eller psykiskt lidande och att tortyrhandlingen ska ha ett syfte. Det som gör definitionen bredare är främst vidgåendet av utövaren, i denna definition ska handlingen begåtts av en auktoritet eller på order från en auktoritet. Det specificeras alltså inte att gärningsmannen måste ha en statlig koppling.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALS KUNSKAP OM TORTYR

Det finns alltså olika sätt att definiera tortyr, vilket kan påverka förståelsen av vad tortyr är. I enkäten ställs en fråga om hur hälso- och sjukvårdspersonal bedömer sin kunskapsnivå om vad tortyr är.

² Egen översättning från engelska till svenska.

Hur bedömer du din kunskapsnivå om vad tortyr är?

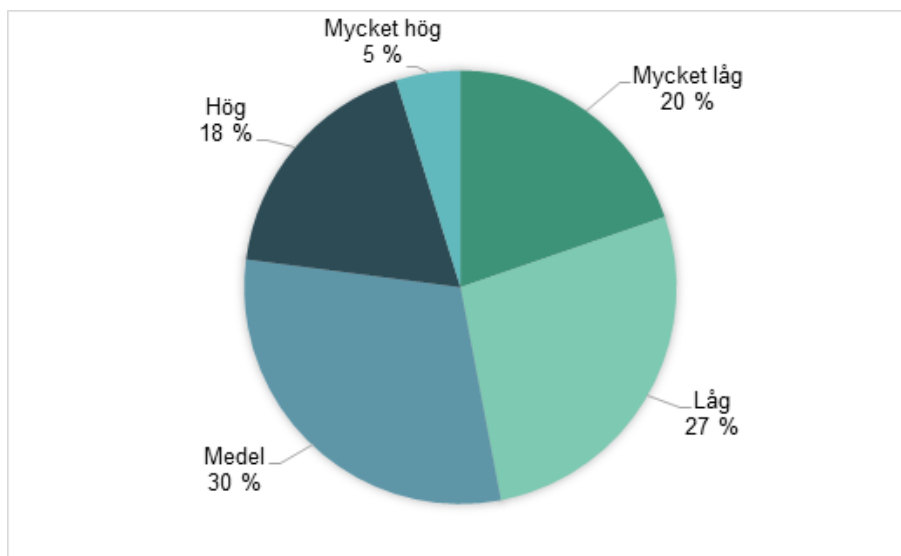


Diagram 1. Kunskapsnivå om vad tortyr är. Andel som svarat "Mycket låg", "Låg", "Medel", "Hög", "Mycket hög" (%).

Nästan hälften, 47 procent, anger att de har låg eller mycket låg kunskap om vad tortyr är. Detta innebär att den andra dryga hälften av respondenterna anger att de har medelhög, hög eller mycket hög kunskap. Det finns således en stor spridning mellan svaren som visar att kunskapsnivån om vad tortyr är varierar bland hälso- och sjukvårdspersonal.

FYSISKA OCH PSYKOLOGISKA TORTYRMETODER

Tortyr kan inte avgränsas till en specifik metod, men det kan trots det vara av vikt att nämna några exempel för att visa att tortyr kan utföras på väldigt många olika sätt. I vissa fall sätter det tydliga spår hos individen och i vissa fall lämnas inte några synliga spår. Istanbulprotokollet som nämndes i det inledande kapitlet innefattar en manual för medicinsk och juridisk utredning och dokumentation av tortyrskador, även kallat tortyrskadeutredning. I denna manual nämns bland annat följande handlingar som vanliga tortyrmetoder:

- trubbigt våld (slag, sparkar, slag med sladd)
- tvingande positioner (upphängning, förhindra rörelse under längre tid)
- bränna med cigaretter eller verktyg som är upphettade
- elchock
- skendränkning eller kvävning
- kemisk exponering
- avlägsnande av fingrar, tår eller andra kroppsdelar
- sexuellt våld mot genitalier
- våldtäkt
- fångenskap under mycket svåra förhållanden (såsom små eller överfulla celler, isolering eller ohygieniska förhållanden)
- frångående av sensorisk stimulering (ljud, ljus, tidsuppfattning)
- förnedring

- hot om att skada familjemedlemmar
- tvingas bevittna när andra torteras
- psykologiska tekniker för att bryta ner en person.

Denna lista är inte uttömmande, utan utgör ett urval av de metoder som nämns i Istanbulprotokollet (UN High Commissioner for Human Rights [OHCHR], 2004).

FÖREKOMST AV TORTYR

Det är svårt att fastställa förekomst av tortyr då det vanligen inte rapporteras av de länder där det förekommer, snarare är detta något som undanhålls. Trots att Sverige och 161 andra stater har ratificerat FN:s tortyrkonvention, förekommer tortyr i minst 141 länder (Amnesty International, 2014). De undersökningar som gjorts gällande förekomst av tortyr visar på en varierande prevalens. Enligt en litteraturöversikt som fokuserar på personer som flytt till höginkomstländer varierar prevalensen av tortyr från 1 till 76 procent (Sigvardsdotter et al., 2016). Röda Korset redovisar att drygt 30 procent av nyanlända syrier som kommit till Sverige uppger att de blivit utsatta för tortyr. Enligt samma rapport uppger 87 procent av asylsökande från Eritrea och Somalia att de hade utsatts för tortyr (Röda Korset, 2016). Det ska tilläggas att denna grupp var betydligt mindre jämfört med de resterande grupperna i undersökningen, men bortfallsanalysen visade att studiepopulationen var representativ gällande ålder och ursprungsland.

Vad innebär detta för Region Skåne, hur många patienter rör det sig egentligen om? Detta är omöjligt att svara på, och som framkommer i föregående kapitel saknas ett kodningssystem som på aggregerad nivå möjliggör att ta fram statistik. Men utifrån ovanstående uppgifter från Röda Korset går det att göra ett hypotetiskt scenario för att ge en ögonblicksbild av hur det kan ha sett ut år 2016.

Utifrån ovanstående studie av Röda Korset var förekomsten av tortyr bland asylsökande och flyktingar i Sverige mellan 30 och 87 procent (Röda Korset, 2016). Bland asylsökande syrier, som var den dominerande gruppen bland asylsökande detta år (Migrationsverket, 2017), var förekomsten 30 procent. Samma år registrerades enligt Region Skånes interna statistikverktyg (QlikView) 21 603 asylsökande individer som sökte vård i Region Skånes verksamheter. Det går inte att veta ursprungsland för dessa personer men sannolikt var en stor del av patienterna från Syrien. Om den lägre siffran används för detta exempel är 30 procent av 21 603 personer 6 480 personer. Det innebär alltså att under ett år, 2016, kan hälso- och sjukvårdspersonalen i Region Skåne hypotetiskt sett ha mött minst 6 480 personer som utsatts för tortyr. I detta exempel räknas enbart de personer som kommit till Sverige under innevarande år och sökt asyl, inte nyanlända, papperslösa, kvotflyktingar eller andra personer som har flytt och befunnit sig i Sverige en längre tid. Inom dessa grupper finns också personer som kan ha utsatts för tortyr. Det är därför sannolikt att gruppen som kan ha utsatts för tortyr är betydligt större. Dessutom har en del av de enskilda individerna troligen befunnit sig i mer än ett vårdmöte under året. Även om exemplet bara ger en ögonblicksbild visar det att det inte rör sig om enstaka personer som kommer till hälso- och sjukvården med erfarenheter av att ha utsatts för tortyr.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALS UPPSKATTNING AV HUR OFTA DE MÖTER PATIENTER SOM UTSATTS FÖR TORTYR

I intervjuerna ställs en fråga om hur ofta informanterna uppskattar att de möter personer som har besvär som kan bero på tortyr. Svaren är varierande, bland informanterna rör sig svaren mellan mindre än en procent och 50 procent av patienterna de möter.

Det är inte så att jag vet att det är 50 procent och inte så att alla själv tar upp det, men symtomen är sådana att de hade kunnat vara relaterade till tortyr.

Sjuksköterska, vårdcentral

Men det är nog en minoritet skulle jag gissa på. Om jag ska uppskatta så tror jag att av dom patienterna är det mindre än en procent i alla fall.

Tandläkare, Folk tandvården

Det går lite i perioder, men jag skulle kanske ändå tippa att en fjärdedel av våra patienter, kanske lite högt räknat men ungefär. (...) Jag tycker i vissa perioder träffar man många, men det är ju inte normen att man har det med sig. Däremot kan jag tänka; tortyr inte alla, men svåra trauman nästan alla.

Kurator, barn-och ungdomspsykiatri

I enkäten svarar 45 procent att de möter patienter med besvär som kan bero på tortyr några gånger om året. Nästan en femtedel av respondenterna svarar att de aldrig möter patienter med sådana besvär. Över en fjärdedel, svarar ”vet ej”. Det innebär att nästan hälften av respondenterna inte tror sig möta tortyrutsatta patienter. Utifrån enkätresultatet går det att utläsa att de som bedömer sin kunskapsnivå om tortyr som högre också anger att de möter patienter med eventuella tortyrbesvär oftare, från några gånger i månaden till några gånger i veckan. Den grupp som svarat att de dagligen möter patienter med sådana besvär är för liten för att dra några slutsatser kring.

Hur ofta möter du patienter med besvär som kan bero på tortyr?

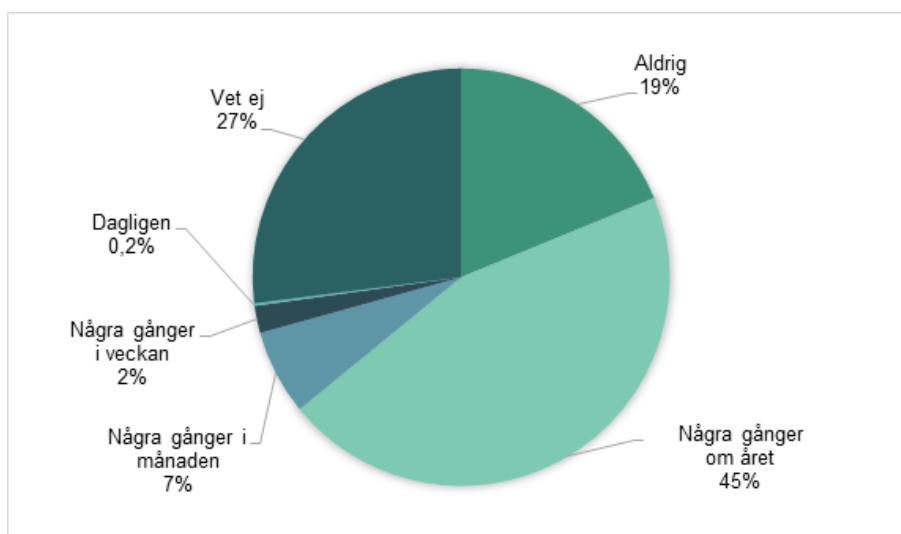


Diagram 2. Möten med patienter med besvär som kan bero på tortyr. Andel som svarat "Aldrig", "Några gånger om året", "Några gånger i månaden", "Några gånger i veckan", "Dagligen" och "Vet ej" (%).

Utifrån tidigare hypotetiska exempel om förekomst av patienter som utsatts för tortyr under ett exemplår (2016) förefaller det vara en stor grupp som anger att de aldrig träffar personer som utsatts för tortyr. Det är sannolikt att några faktiskt inte träffar tortyrutsatta, men att en femtedel av respondenterna aldrig träffar denna grupp är osannolikt. Detta indikerar att hälso- och sjukvårdspersonal underskattar hur många patienter de möter som kan ha utsatts för tortyr, vilket får konsekvenser för möjligheten att identifiera dessa individer.

Vem utsätts för tortyr?

Tortyrkonventionens definition av tortyr har tagits fram i en kontext som utgår från situationer och praktiker som främst män har utsatts för och den normativa bilden av en tortyröverlevare är en man som på grund av sin politiska aktivitet har fängslats och torterats (Amnesty International & REDRESS, 2011). Även om män fortsatt utsätts för tortyr är det viktigt att ha förståelse för att den normativa bilden av vem som utsätts för tortyr påverkar möjligheten att identifiera personer som faller utanför den bilden. Därav ligger särskilt fokus på kvinnor, HBTQ-personer och barn i detta avsnitt. Att migrera kan i sig vara en riskfaktor för att utsättas för tortyr, oavsett om det är män, kvinnor, HBTQ-personer eller barn som befinner sig på flykt. De senaste åren har många länder utfört åtgärder som lett till en ökad kriminalisering av migration, vilket ökar risken för att migranter blir utsatta för olika former av utnyttjanden under flyktvägen. Migrationsrelaterat frihetsberövande är exempel på en handling som kan utgöra illabehandling, eller till och med tortyr, i fall då det enda syftet är att avskräcka migranter från att anlända eller när fängslandet baseras på personens migrationsstatus. Ett annat exempel är den ökade risken för migranter att bli utsatta för trafficking såsom tvångsarbete, slaveri och sexuell exploatering (UN Human Rights Council, 2018).

BARN OCH UNGDOMAR

Barn som lever på gatan, föräldralösa barn och barn som är fängslade riskerar särskilt att utsättas för tortyr (Quiroga, 2009). Barn utsätts för tortyr av flera anledningar såsom politisk aktivism eller deltagande i politiska kamper, social marginalisering, identitet och tro (Afana, 2009). Förövarna är de samma som torterar vuxna; det kan vara polis, säkerhetsvakter, fängelsevakter eller militära grupperingar. Metoderna är ofta också de samma som för vuxna; att utsättas för extrem hetta och kyla, berövas sömn, mat eller vatten, att bli slagna med eller utan tillhyggen, piskade, brännas med eld eller cigaretter, få elstötar, bli upphängda, våldtas eller på annat sätt bli sexuellt utnyttjade (Quiroga, 2009).

Barn har en lägre smärttröskel och lägre förståelse kring varför de utsätts för tortyr (Afana, 2009). För barn och unga är samtidigt de psykologiska konsekvenserna av tortyr ofta mer ihållande och långvariga än de fysiska. Under tortyren förlorar barn, liksom vuxna, kontroll över situationen och har inte tillgång till samma resurser som en vuxen. Att familj eller vuxna inte kan skydda dem kan skapa en känsla av extrem sårbarhet, vilket skapar en håglöshet och förlust av tilltro till vuxna (Quiroga, 2009).

Istanbulprotokollet innehåller ett avsnitt som specifikt handlar om barns utsatthet för tortyr. I detta framgår att barn kan påverkas av tortyr både direkt, genom att själva ha varit utsatta och indirekt, genom att bevittna att föräldrar eller andra nära familjemedlemmar har utsatts för tortyr (OHCHR, 2004).

HBTQ-PERSONER

FN:s särskilde rapportör om tortyr påtalar att det finns en tydlig koppling mellan kriminalisering av att vara HBTQ-person och förekomsten av homofobiska och transfobiska hatbrott, polisbrutalitet, samhälls- och familjevåld och stigmatisering (UN Human Rights Council, 2016). HBTQ-aktivister kan anses utmana samhällsordningen och få utstå moralisk fördömelse, utfrysning, våld och tortyr. Att vara homo-, bisexuell eller transperson kan ses som en synd, en sjukdom, en avvikelse från vad som är socialt accepterat eller att svika sin kultur (Amnesty International, 2001). Genom statlig avhumaniserande propaganda om HBTQ-personer som människor med ett lägre värde, eller genom att likna dem vid djur skapas en grogrund för tortyr och våld (Amnesty International, 2001).

KVINNOR OCH SEXUELLT VÅLD

Kvinnor är en högriskgrupp för att utsättas för våld och människorättsliga kränkningar av regeringsstyrkor och andra grupper (Quiroga, 2009). Det könsbaserade våld som redan finns i fredstid förstärks ofta i krig och väpnade konflikter. Partnerskapsvåld kan orsaka allvarligt fysiskt och psykiskt lidande, och har ibland som syfte att få information, straffa eller skrämja. Även sådant våld kan betecknas som tortyr när staten samtycker till det genom att underlåta att skydda offren och förhindra att det händer (UN Human Rights Council, 2016).

I Istanbulprotokollet framgår att det finns vissa skillnader när det gäller sexuella former av tortyr av kvinnor och män, men att det ur många aspekter också är likartat. Slag och användande av elektricitet mot genitalier används oftare mot män. Kvinnors utsatthet är bland annat könsspecifik på så sätt att kvinnor riskerar att bli gravida efter en våldtäkt (OHCHR, 2004).

Kvinnor, flickor och HBTQ-personer löper en särskilt stor risk för att utsättas för tortyr när de är frihetsberövade, det gäller såväl inom rättssystemet som i andra kontexter av frihetsberövande. Kvinnor och flickor är särskilt utsatta för sexuella övergrepp av manliga fångar och fängelsepersonal. Det kan handla om våldtäkter, förölämpningar, förnedrande och onödigt påträngande kroppsvisitationer (UN Human Rights Council 2016). Påtvingad nakenhet är en av de vanligaste tortyrmetoderna som är kopplad till sexuellt våld. Att tvingas vara naken förhöjer sårbarheten hos den som utsätts, oavsett vilken tortyrform det gäller, eftersom det innebär ett konstant hot om våldtäkt eller andra former av sexuellt våld eller utnyttjande. Verbala sexuella hot kan också vara en del av tortyrutsatthet, då hoten har som syfte att förnedra den som utsätts (OHCHR, 2004).

SAMMANFATTNINGSVIS OM TORTYR

- Tortyr är ett allvarligt brott mot mänskliga rättigheter som är absolut förbjudet.
- Det finns ingen enhetlig definition av tortyr, men i de flesta definitioner betonas att tortyr innebär allvarlig smärta och lidande. Tortyr utförs medvetet av en stat eller andra auktoriteter. Syftet med handlingen är att tillfoga lidande för ett ändamål som att skaffa information, injaga fruktan eller diskriminera.
- Personer som har utsatts för tortyr har enligt FN:s tortyrkommitté rätt till rehabilitering. Detta ställer krav på Sverige som stat och Region Skåne som offentlig institution att tillgängliggöra specialistmottagningar som är väl lämpade för tortyröverlevare. Det ska även finnas god tillgång till sådana mottagningar, vilket innebär att vården ska finnas tillgänglig i tillräcklig utsträckning i förhållande till behovet.
- Förekomsten av tortyr är svår att fastställa, prevalensen varierar stort mellan olika flyktinggrupper.
- Den normativa bilden av personer som utsätts för tortyr är att det är män som fängslas och/eller torteras på grund av sitt politiska engagemang. Detta gör att andra tortyrutsatta individer och grupper löper risk att inte identifieras, såsom kvinnor, HBTQ-personer och barn.

I enkätsvar och intervjuer bland hälso- och sjukvårdspersonal framkommer att:

- Nästan hälften av de svarande skattar sin kunskap om tortyr som låg eller mycket låg.
- Den andra hälften skattar sin kunskap som medelgod eller bättre.
- Strax under hälften (45 procent) svarar att de möter patienter med besvär som kan bero på tortyr några gånger om året.
- Nästan en femtedel svarar att de aldrig möter patienter som utsatts för tortyr och över en fjärdedel svarar "vet ej" på samma fråga. Det innebär att nästan hälften av de svarande inte tror sig möta patienter som utsatts för tortyr.
- De som genomsnittligt bedömer sin kunskapsnivå om tortyr som högre anger också oftare att de möter patienter med besvär som kan bero på tortyr (från några gånger i månaden till några gånger i veckan).

Tortyrens konsekvenser för hälsan

I föregående kapitel låg fokus på hur tortyr definieras och vilka grupper som särskilt riskerar att utsättas för tortyr, detta för att öka kunskapen om vad tortyr innebär och bredda bilden av vilka som riskerar att utsättas för tortyr. Men vilken kunskap om konsekvenser av tortyr är viktig att ha för att kunna identifiera tortyrskador inom hälso- och sjukvård? I följande avsnitt ligger fokus på hur tortyr kan påverka tortyröverlevares fysiska, psykiska och psykosociala hälsa. Avsikten med detta kapitel är att ge en bild av de hälsokonsekvenser som tortyr kan medföra, och i samband med detta analysera enkätsvar från Region Skånes hälso- och sjukvårdspersonal. Tanken är att visa hur hälso- och sjukvårdspersonalen skattar sin kunskapsnivå inom olika områden kopplat till konsekvenser av tortyr.

Fysiska hälsokonsekvenser av tortyr

Som tidigare visats finns många olika former av tortyr. Även om hälso- och sjukvårdspersonal inte förväntas ha ingående kunskaper om dessa är det relevant att ha en grundläggande förståelse för vilka uttryck tortyrskador kan ta. Vilka är då de fysiska hälsokonsekvenserna av tortyr? Vissa symtom som orsakas av tortyr kan vara lokala och lätta att härleda till en viss typ av våld. Andra symtom är mer generella och svårare att koppla till ett specifikt yttre våld. Men de fysiska konsekvenserna av tortyr gör att patienterna kan söka vård inom en rad olika områden, som exempelvis hud, invärtesmedicin, kirurgi, neurologi, smärta, gynekologi, ortopedi och tandvård. Därför berörs i princip hela den somatiska sjukvården av detta.

Exempel på fysiska hälsokonsekvenser av tortyr

- Upprepat trubbigt våld mot fotsulorna kan orsaka kronisk smärta i hälarna, nedsatt känsel och försämrad gångförmåga (Toivanen & Toivanen 2014; Warborg Larsen et al., 2018).
- Upplevelser som orsakar ett enormt påslag av stresshormon kan exempelvis resultera i faktiska skador på hjärnan. Att utsättas för en skenavrättning är ett sådant exempel (Warborg Larsen et al., 2018).
- Kvävning kan på sikt bland annat orsaka kognitiv funktionsnedsättning, minnesförlust, vegetativa tillstånd och epilepsi (Warborg Larsen et al., 2018).
- Våld mot huvudet kan exempelvis orsaka blödningar i hjärnan, frakturer, hörselnedsättningar, tinnitus, yrsel och epilepsi (Moreno & Grodin, 2002; Burnett & Peel, 2001; Warborg Larsen et al., 2018).
- Skador i magtarmkanalen kan uppstå genom våld eller påtvingat intag av giftiga ämnen. Exponering för giftig gas kan ge kronisk hosta (Toivanen & Toivanen, 2014).
- Upphängning av individer i onaturliga positioner kan ge skador på nervplexus, som är det nät av sammankopplade nerver som finns till exempel i axlarna. Att ha varit instängd i trånga utrymmen under lång tid kan leda till långvarigt tryck på nerver och blodkärl (Toivanen & Toivanen, 2014; Lipsius Hincheli et al., 2018).
- Sexuellt våld som innebär att benen tvingas isär med kraft kan ge framtida höftproblem. Våldtäkt kan även orsaka sexuellt överförbara sjukdomar, oönskade graviditeter och sexuella svårigheter (Burnett & Peel, 2001).
- Det finns också ett tydligt samband hos kvinnor mellan smärta i buk, bäcken och könsorgan och våldtäkt, och hos män mellan anal smärta och våldtäkt (Williams, Peña, & Rice, 2010). Smärta i ryggen kan också vara associerat med sexuell tortyr (Olsen et al., 2006).
- Studier visar att så många som 83 procent av de som utsatts för tortyr utvecklar bestående smärta (Olsen et al., 2006).
- En studie visar på att bland tortyröverlevare hade 62 procent utsatts för våld mot ansiktet, 35 procent mot munnen och 23 procent mot tänderna (Høyvik, Lie och Willumsen, 2019).
- En annan studie (Willumsen, 2001) konstaterar att sexuella övergrepp ökade risken för tandvårdsrädsla, framför allt efter ha varit utsatt för oral penetration.

KUNSKAP OM FYSISKA HÄLSOKONSEKVENSER AV TORTYR

I enkäten till hälso- och sjukvårdspersonal i Region Skåne ombeds personal att på en tiogradig skala själva uppskatta sin kunskapsnivå om fysiska hälsokonsekvenser av tortyr, där 1 är lägst kunskapsnivå och 10 är högst. Svaren tydliggörs genom en kategorisering av den tiogradiga skalan i fem grupper.

Hur bedömer du din kunskapsnivå om fysiska hälsokonsekvenser av tortyr?

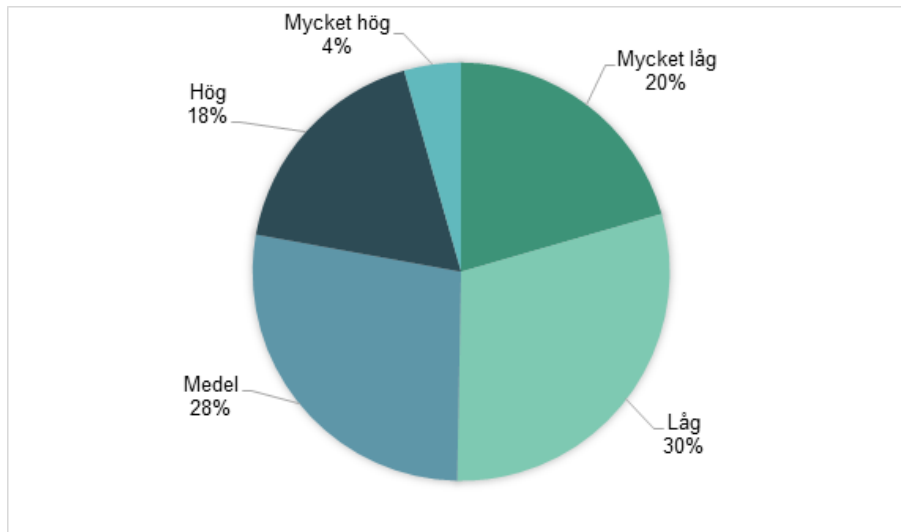


Diagram 3. Kunskapsnivå fysiska hälsokonsekvenser av tortyr. Andel svar fördelat på kategorierna "Mycket låg" (svarsalternativ 1-2), "Låg" (svarsalternativ 3-4), "Medel" (svarsalternativ 5-6), "Hög" (svarsalternativ 7-8) och "Mycket hög" (svarsalternativ 9-10) (%).

Hälften av respondenterna, 50 procent, anser sig ha en kunskapsnivå som är låg eller mycket låg, det vill säga att de har skattat sin kunskap som fyra eller lägre. Det ligger nära tillhands att anta att detta har en avgörande inverkan på identifieringen av patienter som utsatts för tortyr. Att ha kunskap om tortyr och dess hälsokonsekvenser får anses vara en förutsättning för att kunna identifiera denna patientgrupp. Strax under en fjärdedel (cirka 22 procent) tycker att de har en hög eller mycket hög kunskap, och strax över en fjärdedel (cirka 27 procent) menar att de har en medelgod kunskap. Om hälften av respondenterna skattar sin kunskapsnivå som låg eller mycket låg, så skattar den andra hälften sin kunskap som åtminstone medelgod eller bättre. Det finns således en uppdelning där det går att säga att hälften av hälso- och sjukvårdspersonalen tycker sig ha en kunskap som är under medelnivå, och hälften tycker sig ha en kunskap som är på medelnivå eller högre.

En fördjupning av resultaten ges genom att studera självskattningen utifrån hälso- och sjukvårdspersonalens yrkestillhörighet. Genom att räkna ut ett medelvärde för alla yrkesgrupper går det att se hur yrkesgrupper i genomsnitt betraktar sin kunskap jämfört med varandra. Skillnaderna visar sig vara små, de yrkesgrupper med lägst självskattad kunskap ligger på en nivå något under medel medan de med högst anser sig ha omkring en medelgod kunskapsnivå. En möjlig tolkning är att den högre uppskat-

tade kunskapsnivån är personbunden. Det innebär att den inte är knuten till en viss yrkesgrupp eller verksamhet generellt, där de som verkar inom det området eller yrket allmänt tycker sig ha en högre kunskap på grund sin utbildning eller arbetsområde.

Yrkesgrupper som läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter, kan möjligen förväntas se sin kunskap som högre gällande fysiska konsekvenser av tortyr. Detta avspeglas dock inte i resultaten som visar att dessa grupper inte anser sig ha högre kunskap jämfört med andra yrken. De skattar sin kunskap strax under medel med omkring 4,6 i medelvärde. Högst självskattad kunskapsnivå har undersköterskor/skötare, med ett genomsnitt på 5. Självskattningarna säger dock ingenting om vad de olika grupperna betraktar som hög eller låg kunskap.

En liknande uträkning baserat på hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhetstillhörighet visar även den att skillnaderna är små. Barnhälsovårdscentraler (BVC) har den högst skattade kunskapen om fysiska hälsokonsekvenser på 5,2. Lägst medelvärde på 4,3 har verksamhetsområdena kvinnosjukvård och tandvård. Samtidigt är koppling mellan tortyr och skador i munhåla, käke på tänder välbelagd.

Uppfattningen om den egna kunskapsnivån stiger med längre yrkeserfarenhet, även om skillnaden inte är dramatisk. Det verkar som att yrkeserfarenhet gör att hälso- och sjukvårdspersonalen upplever sig ha en större kunskap. De som har arbetat 20 år eller mer i sitt yrke anser sig i genomsnitt ha en medelgod kunskap på 4,9, medan de som har arbetat mindre än ett år har en självskattad kunskapsnivå på 4,2 i genomsnitt. De som har jobbat 20 år eller mer har signifikant högre självskattad kunskap om fysiska hälsokonsekvenser än samtliga som har jobbat mindre än 10 år.

Hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap om fysiska konsekvenser utifrån yrkeserfarenhet

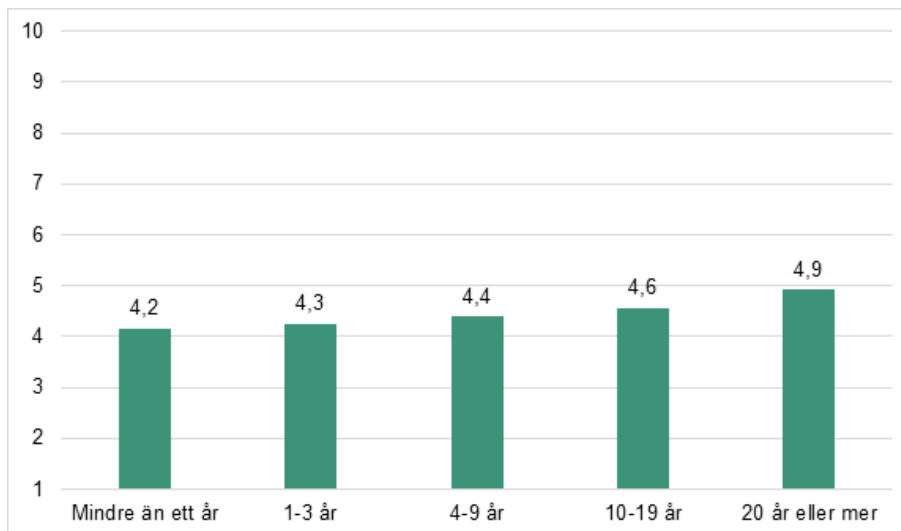


Diagram 4. Kunskapsnivå fysiska hälsokonsekvenser av tortyr utifrån yrkeserfarenhet (medelvärde).

Psykiska hälsokonsekvenser av tortyr

Efter ovanstående fördjupning kring fysiska hälsokonsekvenser av tortyr, är avsikten med detta avsnitt att diskutera psykiska hälsokonsekvenser. Även om det kan finnas betydande variationer i de psykologiska effekterna, resulterar tortyr ofta i djupa psykologiska trauman. Det är vanligt att återuppleva traumatiska minnen och att utveckla ett undvikande beteende. Det medför att alla tankar, samtal, aktiviteter, personer eller platser som kan framkalla minnesbilder av traumat helst undviks. Den som utsatts får ofta flashbacks och andra påträngande minnen där traumatiska händelser upplevs igen och igen. Det kan ske i vaket tillstånd eller som mardrömmar (OHCHR, 2004).

Enligt Istanbulprotokollet är de vanligaste psykologiska problemen PTSD och depression, men kan också inkludera många andra symtom och tillstånd. Så väl i Istanbulprotokollet som i olika studier går att se många exempel på det (OHCHR, 2004; Gonsalves, Torres & Fishman, 1993; Høyvik, Lie & Willumsen, 2019).

Exempel på psykiska hälsokonsekvenser av tortyr

- Dissociativa tillstånd
- Sexuell dysfunktion
- Psykotiska tillstånd
- Missbruk
- Koncentrations- och minnesproblem
- Irritabilitet och vredesutbrott
- Sömlöshet eller ha svårt att få en sammanhängande sömn
- Känslomässig avtrubning
- Generell ångest
- Extrem tandvårdsrädsla

KUNSKAP OM PSYKISKA HÄLSOKONSEKVENSER AV TORTYR

Hur ser då kunskapsnivån om psykiska hälsokonsekvenser av tortyr ut i Region Skåne? Precis som i den föregående frågan i enkäten ombeds respondenterna att på en tiogradig skala själva uppskatta sin kunskapsnivå om psykiska hälsokonsekvenser av tortyr, där 1 är lägst kunskapsnivå och 10 är högst. Av svaren går det att utläsa att fler anser sig ha en låg än en hög kunskap. Skillnaderna är dock mindre jämfört med kunskapsnivån om fysiska hälsokonsekvenser. Det blir särskilt tydligt när svaren på den tiogradiga självskattningsskalan kategoriseras till fem grupper.

Hälso- och sjukvårdspersonalens kunskapsnivå om tortyrs psykiska hälsokonsekvenser

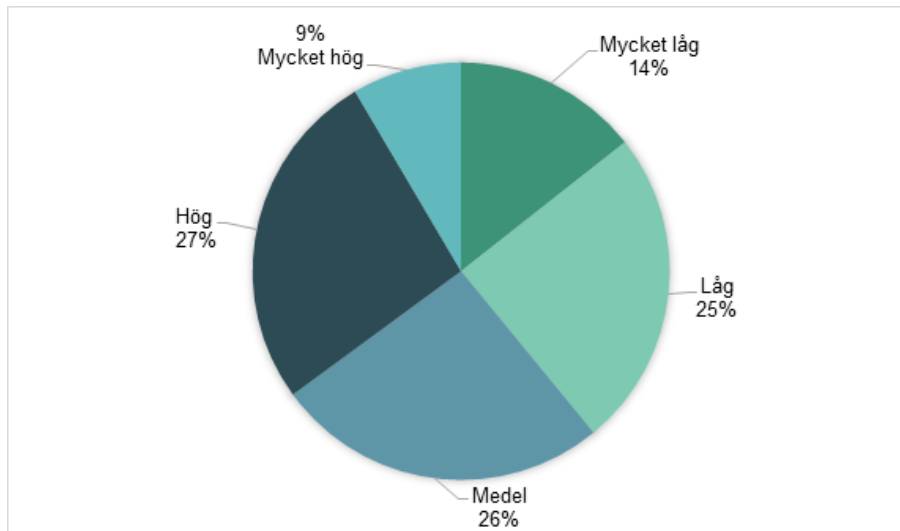


Diagram 5. Kunskapsnivå psykiska hälsokonsekvenser av tortyr. Andel svar fördelat på kategorierna "Mycket låg" (svarsalternativ 1-2), "Låg" (svarsalternativ 3-4), "Medel" (svarsalternativ 5-6), "Hög" (svarsalternativ 7-8) och "Mycket hög" (svarsalternativ 9-10) (%).

Den egna kunskapsnivån bedöms genomgående som högre av respondenterna gällande de psykiska hälsokonsekvenserna av tortyr. Sex av tio (61 procent) skattar sin kunskap som medelgod eller bättre, medan fyra av tio (39 procent) skattar sin kunskap som låg eller mycket låg. De som anser sig ha en låg kunskapsnivå är klart färre än tidigare, i jämförelse var det ungefär hälften av hälso- och sjukvårdspersonalen som skattar sina kunskaper som låg eller mycket låg gällande fysiska hälsokonsekvenser.

Tittar vi på hur det ser ut i respektive verksamhetsområde är det särskilt yrkesverksamma inom vuxenpsykiatrin som upplever att de har en högre kunskap, med ett medelvärde på 6,2. Även personal på BUP och ungdomsmottagningarna utmärker sig med att skatta sin kunskapsnivå högre jämfört med andra verksamheter.

Näst lägst skattad kunskap om psykiska hälsokonsekvenser har tandvården med ett medelvärde på 4,5. Samtidigt visar en studie att extrem tandvårdsrädsla var drygt sex gånger högre bland tortyröverlevare och drygt nio gånger högre bland tortyröverlevare med PTSD. Flera delar av tandläkares undersökningar och behandlingar påminde patienterna om tortyr. Exempelvis känslan av att vara fast i tandläkarstolen, befinna sig i ett fysiskt underläge i relation till personalen, användningen av vassa metallinstrument, starkt ljus och få vatten i munhålan (Høyvik, Lie & Willumsen, 2019). Mot bakgrund av exempelvis detta förefaller det vara av betydelse att även tandvårdspersonal har en kännedom psykiska konsekvenser av tortyr.

Vid en fördjupning med fokus på yrkeskategorier bedömer samtliga den egna kunskapen som högre gällande psykiska konsekvenser jämfört med fysiska. Detta gäller särskilt grupperna psykologer/psykoterapeuter och socionomer/kuratorer som har ett

medelvärde på 6,2. Yrkesgruppernas högre självskattning verkar stämma överens med att det också är verksamheterna barn- och vuxenpsykiatri och ungdomsmottagning som skattar sig högre än andra. Även gällande psykiska hälsokonsekvenser medför en längre yrkeserfarenhet en högre skattad kunskap, men i mindre grad än för fysiska hälsokonsekvenser.

Hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap om psykiska konsekvenser utifrån yrkeserfarenhet

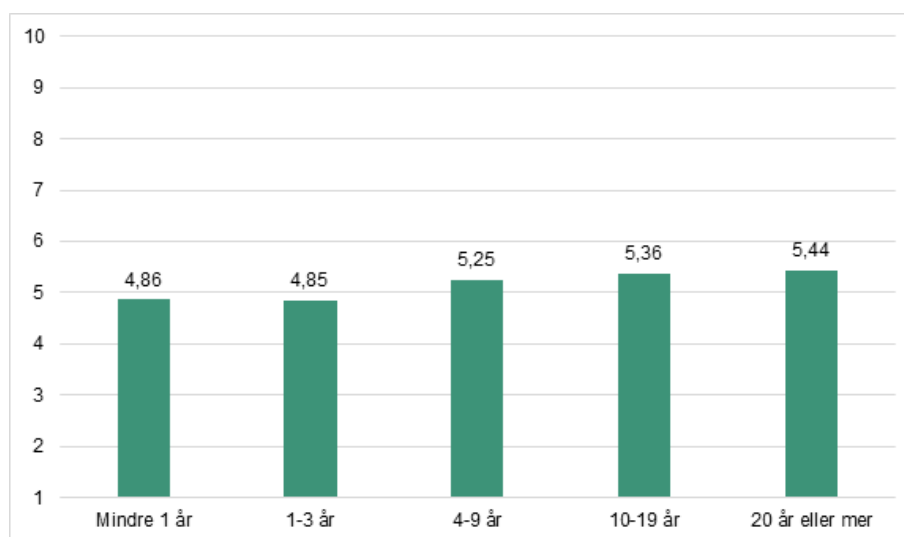


Diagram 6. Kunskapsnivå psykiska hälsokonsekvenser utifrån yrkeserfarenhet (medelvärde).

Psykosociala hälsokonsekvenser av tortyr

Tortyr kan enligt IRCT (2009) skada den som utsätts på flera nivåer. Potentiella effekter inkluderar, förutom de traumatiska upplevelserna på individnivå, även en familjenivå och en samhällslevelig nivå. Nivåerna kan användas för att beskriva hur den utsattas förmåga att knyta an till sin omgivning på flera sätt kan påverkas.

Exempel på psykosociala hälsokonsekvenser av tortyr

- En förlorad känsla av mening med sig själv och med världen.
- Minskad tillgivenhet och förtroende för andra.
- En minskad känsla av sammanhang.
- Tortyr kan förstöra en persons förankring i familjen och samhället.
- Det kan orsaka problem som försämrar möjligheten att fungera socialt, utbildningsmässigt och arbetsmässigt.
- Tortyr kan ha en djupt skadande inverkan på den sortens nära relationer som finns mellan makar, föräldrar, barn och andra familjemedlemmar. Men tortyr kan också skada relationen mellan den som utsatts och andra större sociala gemenskaper som hen ingår i.

Konsekvenser för den enskilde individen kan också vara risken att bli utskämd eller utstött av en partner eller familjemedlemmar, efter att ha utsatts för sexuella övergrepp. Våldtäkt och könsstympning är tortyrmetoder som huvudsakligen drabbar kvinnor (Röda Korset, 2015).

KONSEKVENSER FÖR FAMILJEN

Hittills har de fysiska och psykologiska konsekvenserna för den enskilda individen diskuterats, men hur påverkar tortyr familjekonstellationer? Tortyr kan enligt IRCT (2009) traumatisera hela familjer vilket leder till olika sorters splittringar och dysfunktionella förhållanden:

- Andra familjemedlemmar kan också ha blivit traumatiserade av tortyr, annan illa-behandling eller förföljelse.
- Andra familjemedlemmar kan lida av sekundär traumatisering.
- Efterdyningar av den torterades fysiska och psykiska lidande kan orsaka ökad stress, rädsla, oro, känslor av förlorad trygghet och säkerhet, vilket påverkar den övriga familjen.
- Tortyr kan också ändra rollerna och relationerna i familjen, det kan resultera i en försämrad förmåga att ta hand om barn eller nära anhöriga.
- Tortyr kan också orsaka stora splittringar av livskvaliteten i familjen på grund av hälsoproblem, arbetslöshet, svagt socialt stöd.

Sammantaget kan detta leda till destruktiva effekter inom en familj, vilket även uppmärksammas i enkätsvaren.

Jag tycker mig möta att rätt många ungdomar som är andra generationen efter ett sånt trauma, blir sjuka, mår dåligt. Och det handlar ju mycket om att deras föräldrar inte har fått det de har behövt (...) träffar man deras barn sen, så ser man att det här försvinner ju inte, det lever vidare i nya former.

Kurator BUP

Att anhöriga egentligen ingår i en tortyrutsatt krets trots att det bara är en person i familjen som är tortyroffer.”

Läkare A, psykiatri

Jag kan tänka att läkare och psykologer är duktiga på att fråga efter trauma, men när de får det så tänker de inte hur ser det ut i familjen. Många gör inte det, utan de stannar där; vilken behandling ska barnet få? Och där tänker jag med trauma och de här upplevelserna så... har du ett syskon hemma som bara ligger eller föräldrar som gråter, så spelar det ingen roll att du får behandling. Och där tänker jag att det skulle alla yrkesgrupper behöva höra. Att alltid ta in familjen, alltid se, hur är det med... även syskon. Ofta finns det syskon som ingen träffar.”

Kurator, BUP

Att utvärdera tortyrns påverkan på andra familjemedlemmar och familjedynamiken förbises enligt IRCT (2009) i de flesta tortyrbedömningar.

KONSEKVENSER FÖR SAMHÄLLET

Vidare skriver IRCT (2009) att genom att avhumanisera och bryta ner sina offer staturerar torterare även ett exempel för andra. På det sättet kan tortyr skada eller bryta ner kraft och sammanhållning i ett samhälle. Ett av målen med tortyr är att hota en tredje part, skapa rädsla, maktlöshet och anpassning inom ett samhälle eller en annan social gemenskap. Kränkningar av mänskliga rättigheter kan inte uteslutande ses ur perspektivet att det handlar om isolerade individuella företeelser. Istället är effekterna långtgående, bland annat genom att de kan skapa en atmosfär av kronisk rädsla.

Våldtäkter kan ibland uppfattas just som slumpmässigt utförda handlingar i krigsdrabbade områden där det uppstår ett politiskt vacuum (Röda Korset, 2015). Men våldtäkt är av FN:s säkerhetsråd ansett som en krigsföringsmetod och används systematiskt för att bryta ner familjer, större gemenskaper eller områden runt omkring de som direkt utsätts. Syftet är just att skapa rädsla, splittring och skam. Vid en arrestering av en man i sitt hem kan exempelvis också att kvinnor, flickor och pojkar våldtas, ibland inför andra familjemedlemmar (Avigad & Zohreh, 2004; Clark, 2004).

KUNSKAP OM PSYKOSOCIALA HÄLSOKONSEKVENSER AV TORTYR

I enkäten ombeds respondenterna att på en tiogradig skala själva uppskatta sin kunskapsnivå om psykosociala hälsokonsekvenser av tortyr, där 1 är lägst kunskapsnivå och 10 är högst. I svaren går det att utläsa att fler anser sig ha en låg kunskap än en högre. Det blir särskilt tydligt när svaren på den tiogradiga självskattningsskalan kategoriseras till fem grupper.

Hur bedömer du din kunskapsnivå om psykosociala konsekvenser av tortyr?

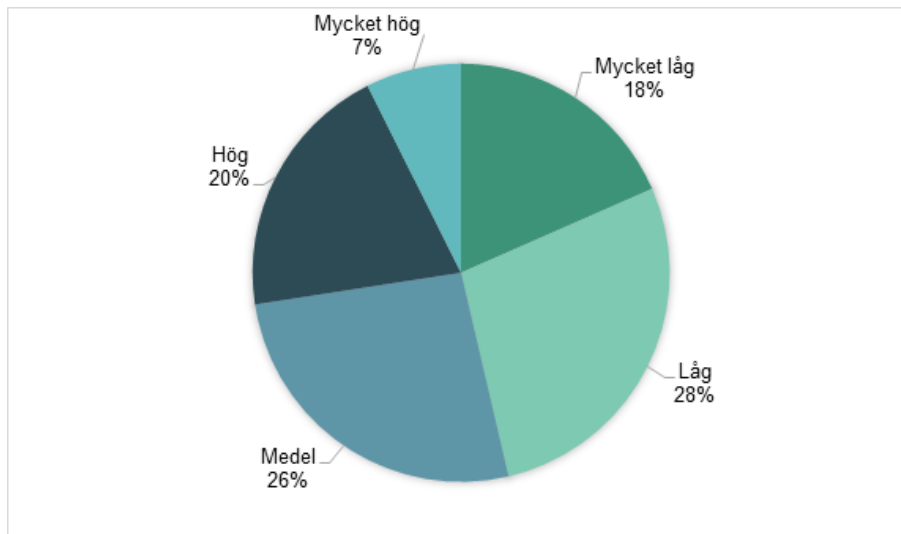


Diagram 7. Kunskapsnivå psykosociala konsekvenser av tortyr. Andel svar fördelat på kategorierna "Mycket låg" (svarsalternativ 1-2), "Låg" (svarsalternativ 3-4), "Medel" (svarsalternativ 5-6), "Hög" (svarsalternativ 7-8) och "Mycket hög" (svarsalternativ 9-10) (%).

Det är fortsatt många som anser sig ha en låg eller mycket låg kunskap, strax under hälften (46 procent). Men de som tycker sig ha en hög eller mycket hög kunskap utgör trots allt en dryg fjärdedel (27 procent). Lägggs också de som har en medelgod kunskap till så tycker sig lite över hälften (54 procent) ha en kunskapsnivå som är medelgod eller bättre.

En fördjupning av denna frågeställning baserad på verksamhetstillhörighet visar att de verksamheter som utmärker sig är främst BUP, BVC och vuxenpsykiatri, och i viss mån ligger även ungdomsmottagningarnas självskattade kunskap högre. Dessa områdens kunskapsskattning är generellt högre än andra verksamhetsområden, och vissa verksamheters skattade kunskap är signifikant högre än andra.

Vuxenpsykiatri och BUP skattar sin kunskap högre än alla andra, och har ett medelvärde på 5,7. Det är signifikant högre än vårdcentraler, tandvård och kvinnosjukvård. Kvinnosjukvård får exempelvis ett medelvärde på 4,2. Möjligtvis kan det bero på att personal som i synnerhet arbetar med psykiatri och/eller barn och unga har högre kunskap om exempelvis familj och andra sociala relationer, och därför också skattar sin kunskap om psykosociala hälsokonsekvenser som högre.

Det är i stort sett samma verksamheter som placerar sig högre gällande psykosociala konsekvenser som placerar sig högre när det gäller kunskap om psykiska konsekvenser. Det är lätt att tänka sig att det finns ett samband mellan kunskap om psykisk och kunskap om psykosocial ohälsa. Den som har kunskap om det ena har också kunskap om det andra, eftersom det är två områden som är tätt sammanknutna.

De som tydligt skattar sin kunskap högre när det gäller psykosociala konsekvenser är gruppen socionomer/kuratorer. De skattar sin kunskap som signifikant högre än

yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, tandvårdspersonal och barnmorskor. Även psykologer/psykoterapeuter skattar också sin kunskap som högre än andra.

Vad gäller kunskap om psykosociala konsekvenser utifrån yrkesverksamhet ses också en viss ökning i kunskapsskattningen ju längre personen har jobbat. Även om skillnaderna överlag inte är så stora är samma tendens som setts tidigare fortfarande synlig.

Hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap om psykosociala konsekvenser utifrån yrkeserfarenhet

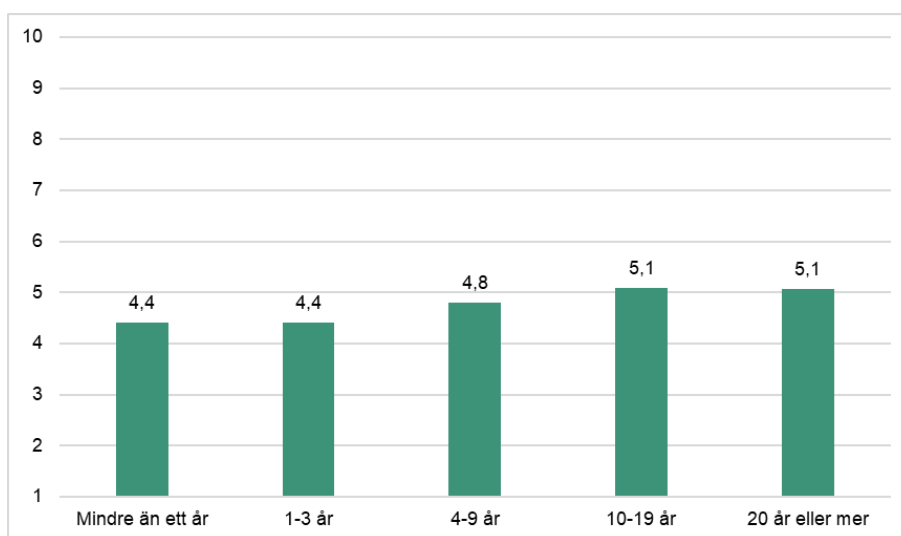


Diagram 8. Kunskapsnivå psykosociala konsekvenser utifrån yrkeserfarenhet (medelvärde)

SAMMANFATTNINGVIS TORTYRENS KONSEKVENSER FÖR HÄLSAN

- Eftersom de fysiska konsekvenserna av tortyr är varierande kan i princip hela den somatiska sjukvården träffa patienter som utsatts för tortyr. Exempelvis kan det handla om verksamheter inom hud, invärtesmedicin, kirurgi, neurologi, smärta, gynekologi, ortopedi och tandvård.
- Tortyr leder ofta till djupa psykologiska trauman som kan ta sig uttryck i återupplevande av traumatiska minnen, PTSD och depression.
- De psykosociala konsekvenserna av tortyr sker på flera nivåer. Dels på individnivå, men även på en familjenivå och en samhällelig nivå. Exempelvis blir familj, partner, barn eller andra nära anhöriga ofta påverkade.

I enkätsvar och intervjuer bland hälso- och sjukvårdspersonal framkommer att:

- Hälften av respondenterna anser sig ha en kunskapsnivå om fysiska hälsokonsekvenser av tortyr som är låg eller mycket låg.
- Med längre yrkeserfarenhet stiger den självskattade kunskapsnivån om fysiska hälsokonsekvenser av tortyr.
- Fyra av tio skattar sin kunskap om psykiska hälsokonsekvenser som låg eller mycket låg.
- Strax under hälften ser sin kunskap om psykosociala konsekvenser som låg eller mycket låg.
- Socionomer/kuratorer skattar sin kunskapsnivå något högre än andra yrkesgrupper. Till viss del gör även gruppen psykologer/psykoterapeuter det.
- Tandvårdspersonal skattar sig genomgående lågt gällande kunskap om hälsokonsekvenserna av tortyr.

Att identifiera tortyröverlevare och dokumentera tortyrskador

Redan i inledningen till denna rapport nämns att det inte är ovanligt att patienter som utsatts för tortyr av olika skäl inte söker vård för sina tortyrskador. Det betyder inte att dessa personer inte kommer till hälso- och sjukvården, utan snarare att de söker vård utan att nämna att de varit utsatta för tortyr. Detta gör att identifiering av patienter med tortyrskador är ett avgörande moment för att tillgodose individens möjligheter till ändamålsenlig hälso- och sjukvård. I föreliggande kapitel redovisas hur identifiering och dokumentation av tortyrskador bör genomföras inom hälso- och sjukvård. Detta kopplas ihop med hälso- och sjukvårdens enkätsvar och intervjusvar vad gäller självskattad kunskapsnivå. Avsikten med kapitlet är att ge en fördjupning kring identifiering utifrån befintlig forskning men också att tillvarata hälso- och sjukvårdspersonalens synpunkter gällande förutsättningarna för identifiering och dokumentation av patienter som utsatts för tortyr.

Att identifiera tortyröverlevare

Vilka förutsättningar krävs för att möjliggöra för hälso- och sjukvårdspersonal att identifiera tortyröverlevare? Forskning visar att det är vanligt att människor som har varit utsatta för tortyr undviker att prata om vad de har varit utsatta för och inte söker vård och behandling för sina skador (Wenzel, Kastrup, & Eisenman, 2007). Identifiering är därför nödvändig för att patienten ska kunna remitteras vidare till rätt vård och stöd och på så sätt förebygga att fysiska och psykologiska tillstånd blir kroniska (Crosby et al., 2006; Wenzel, Kastrup, & Eisenman, 2007). I flera studier framkommer att många människor som har varit utsatta för tortyr aldrig får frågor om tortyr av sin vårdgivare i primärvården. Det innebär att vårdgivare utan att vara medvetna om det förmodligen träffar patienter som utsatts för tortyr och därmed riskerar att missa eventuella behandlingsbehov hos sina patienter (Wenzel, Kastrup, & Eisenman, 2007). Brist på behandling i ett tidigt skede försämrar hälsan och kan leda till att symtomen blir kroniska (Towers et al., 2013).

Att studier visar att det verkar finnas en bristande medvetenhet inom hälso- och sjukvård vad gäller tortyrskador, som i sin tur gör att färre tortyröverlevare identifieras, kan förklaras av att hälso- och sjukvårdspersonal inte upplever att de har tillräcklig kunskap för att identifiera tortyrutsatta. Endast en dryg procent av respondenterna i enkäten instämmer helt i att de har den kunskap de behöver för att upptäcka patienter som utsatts för tortyr. Lite fler, knappt sju procent, tycker att de i hög grad har denna kunskap. Detta innebär att färre än en av tio (cirka åtta procent) tycker att de i stor utsträckning eller helt har den kunskap de behöver för att identifiera patienter som utsatts för tortyr.

Jag har den kunskap jag behöver för att upptäcka patienter som har utsatts för tortyr

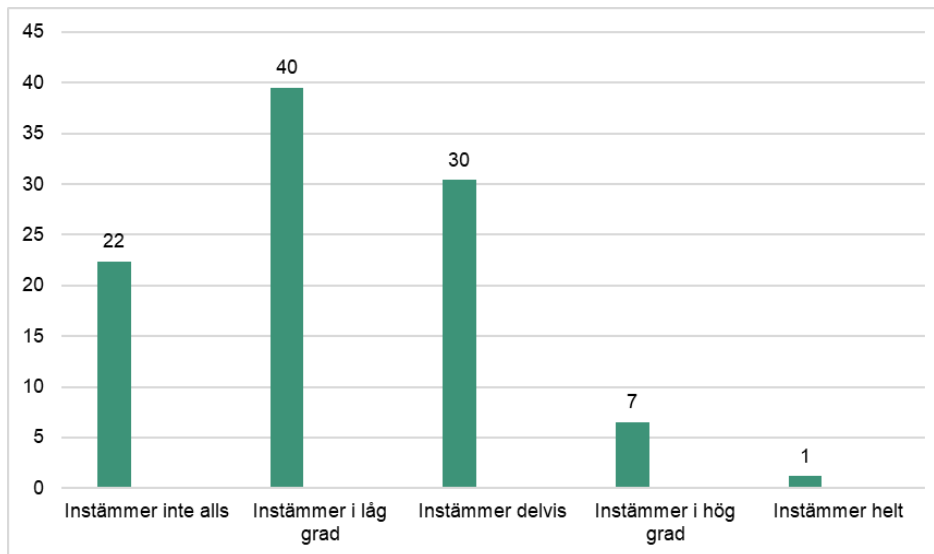


Diagram 9. Kunskap för att upptäcka patienter som har utsatts för tortyr. Andel som svarat "Instämmer inte alls", "Instämmer i låg grad", "Instämmer delvis", "Instämmer i hög grad" och "Instämmer helt" (%).

Generellt sett kan sägas att de som instämmer helt i att de har den kunskap de behöver är en liten grupp individer på 18 personer som finns utspridda inom vuxen- och barnpsykiatri, tandvården, barnmedicin och på vårdcentraler. Det är svårt att dra större slutsatser utifrån dessa enstaka personer. Det som går att utröna är att det finns yrkesverksamma som skattar sin kunskap högt, men denna kunskap verkar vara personbunden och är inte något som genomsyrar Regions Skånes verksamheter.

Jag har den kunskap jag behöver för att upptäcka patienter som har utsatts för tortyr utifrån yrkesgrupp

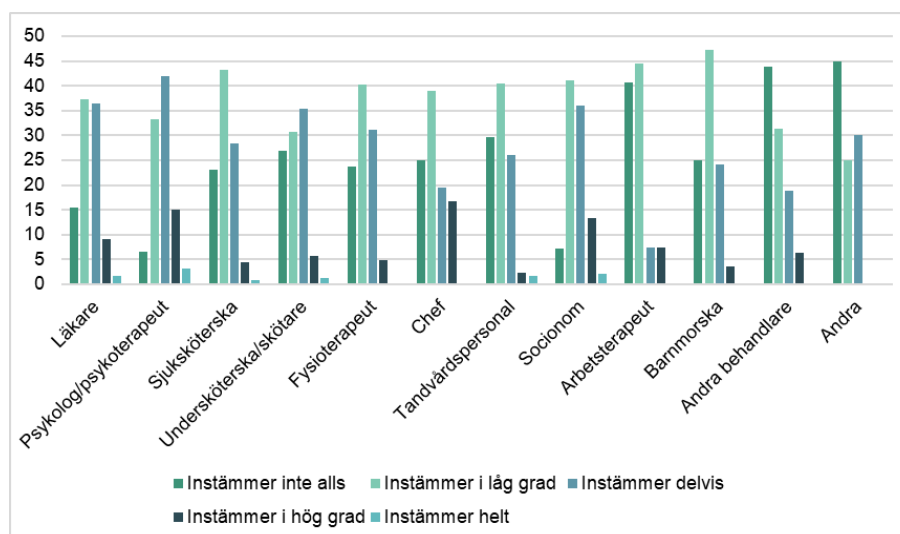


Diagram 10. Kunskap för att upptäcka patienter som har utsatts för tortyr utifrån yrkesgrupp. Andel som svarat "Instämmer inte alls", "Instämmer i låg grad", "Instämmer delvis", "Instämmer i hög grad" och "Instämmer helt" (%).

De yrkesgrupper som skattar sin kunskap om att identifiera tortyrutsatta högt är psykologer och socionomer. Arbetsterapeuter bedömer sina kunskaper om att identifiera den här patientgruppen som mycket låga. Strax över 85 procent av arbetsterapeuterna svarar att de inte alls instämmer eller instämmer i låg grad på frågan om de har den kunskap som de behöver.

ATT FRÅGA RUTINMÄSSIGT ELLER SCREENA FÖR TORTYR

Enligt FN:s högkommissionär för mänskliga rättigheter är syftet med att screena för tortyr inte att sätta en diagnos, utan att tidigt identifiera människor som varit utsatta för tortyr, så att de kan få det stöd och den vård de är i behov av. Standardiserade screeningverktyg kan vara användbara för en tidig identifiering av tortyröverlevare, men har ifrågasatts av kritiker som pekar på att de utgår från västerländska psykologiska metoder (OHCHR, 2017).

I enkäten tillfrågades respondenterna om huruvida de rutinmässigt frågar patienter som har flytt på grund av exempelvis konflikt eller förföljelser om de har utsatts för tortyr. Strax över en av tjugo (sex procent) svarar ja. Merparten, 58 procent, svarar nej och resterande 36 procent svarar att de inte brukar fråga specifikt om tortyr, men om tidigare våldsutsatthet.

Frågar du rutinmässigt patienter som har flytt på grund av exempelvis konflikt eller förföljelse om de har utsatts för tortyr?

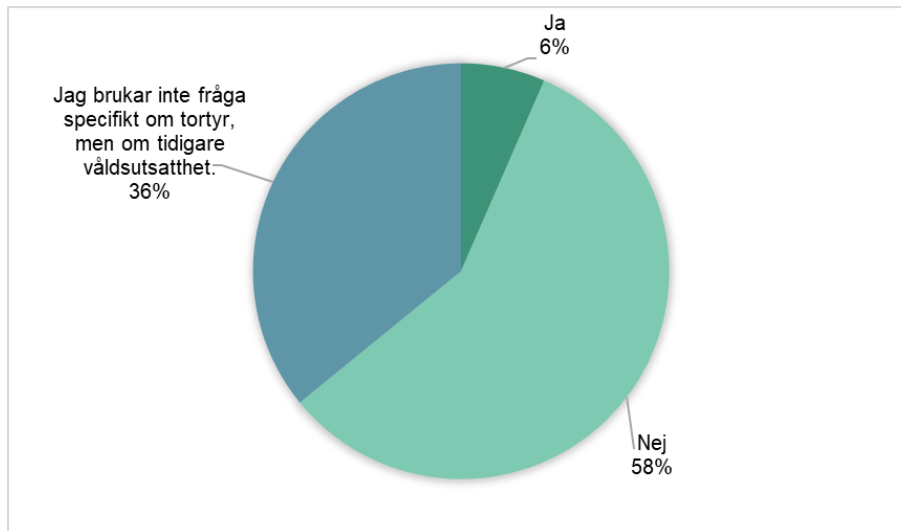


Diagram 11. Fråga om tortyrsutsatthet. Andel som svarat "Ja", "Nej" och "Jag brukar inte fråga specifikt om tortyr, men om tidigare våldsutsatthet" (%).

Utifrån enkätsvaren framgår att de respondenter som rutinmässigt frågar om tortyrupplevelser också bedömer att de oftare möter patienter som kan ha besvär som beror på tortyrskador. En annan tendens som går att utläsa av enkäten är ett tydligt högre medelvärde vad gäller den självskattade kunskapen om tortyr bland de som uppger att de rutinmässigt frågar, jämfört med de andra kategorierna. Att endast sex procent rutinmässigt frågar patienter med erfarenhet av flykt om de har utsatts för tortyr indikerar att det finns en risk att tortyröverlevare inte upptäcks i hälso- och sjukvården.

Liknande tendenser går att finna bland de intervjuade informanterna. De flesta screenar inte alla patienter för tortyrskador. Däremot frågar en del av informanterna rutinmässigt om våldsutsatthet eller traumatiska upplevelser:

Vi ställer frågor "Har du varit utsatt för någonting som, någon form av hot, eller någonting någon har gjort mot dig du inte ha velat?", det ställer vi, försöker vi ställa till alla patienter.

Psykolog, barn- och ungdomspsykiatri

En del frågar om tortyrupplevelser då de upplever att de får någon sorts indikation på att patienten kan ha utsatts för tortyr. En sådan indikation kan vara långvariga smärttillstånd, långvarig psykisk ohälsa eller att personen kommer från ett land där det pågår krig eller konflikt:

Det är mer om man har fått någon indikation. Nej, jag frågar nog inte det på rutin, faktiskt. Det gör jag tyvärr inte.

Fysioterapeut, vårdcentral

Ska jag vara ärlig så gör jag det rutinmässigt nu, men under första halvan av mitt arbetsliv har gjort det när jag fått någon form av indikation som kan vara exempelvis långvariga smärttillstånd, långvarig psykisk ohälsa.

Läkare, vårdcentral

Har man en migrant som varit i Sverige i ett år och kommit över Medelhavet så hoppas jag att man anpassar efter det. Men det är inte standardiserat eller så.

Läkare B, psykiatri

Vid första hembesöket när de är nyfödda frågar jag rätt mycket om bakgrund. Hur länge man varit i Sverige, var man var innan. Så om jag vet att om till exempel att någon har suttit i fängelse så brukar jag säga det här att obehagliga upplevelser kan aktualiseras när man får barn. Att det kan komma tillbaka, en känsla av att man är där igen. Så jag brukar sätta ord på det på det viset. Att det är inget konstigt att det händer.

Sjuksköterska, barnvårdscentral

Att fråga på indikation kan vara ett sätt att screena för tortyrskador, dock kan valet av indikation vara påverkat av normer om vem som utsätts för tortyr. Om indikationer använd som grund till att fråga om tortyr är det därför viktigt att de är väl underbyggda, annars finns det risk för att grupper som inte ingår i den traditionella synen på vem som utsätts för tortyr missas. Detta kan röra kvinnor, barn, HBTQ-personer eller personer som kommer från länder där det förvisso inte pågår krig eller konflikt, men däremot människorättsliga kränkningar och förtryck.

Några informanter lyfter frågan om att använda standardiserade screeningverktyg för att underlätta identifieringen av tortyröverlevare:

Jag tänker att många personer kanske har stoppat undan det så gott det går och så plötsligt får man frågan i rummet och så ska man svara på den, och så tänker jag, får man ett papper som man liksom ska kryssa, så blir det också på nåt vis, "Du har kryssat i det här pappret, är det nånting vi kan prata om?" Att det blir lite fler steg, det blir lite mer ställt.

Kurator, barn- och ungdomspsykiatri

... någon slags rutinfrågor, kanske att man ska fråga alla patienter om detta, man kan ha som en lathund eller så, eller checklista, några frågor man kan börja med att fråga. Jag tror att det känns tryggare på nåt sätt. 'Den frågan, vi frågar alla patienter detta, alla som komma hit frågar vi om detta', så skulle det kännas lite mindre konstigt då.

Fysioterapeut, vårdcentral

En informant påpekar att förekomsten av rutiner eller standardiserade verktyg inte alltid leder till att de används:

Vi har ju lite frågor som vi ska ställa, men jag tror inte att de ställs särskilt ofta. Utan då är det nog mer om man misstänker något eller att det inte riktigt ser ut att stämma överens med historien som patienten berättar, att det är då man ställer frågorna. Men det är ingenting som används generellt till alla.

Tandläkare, Folktandvården

Ett sätt att screena för tortyrskador skulle vara genom de hälsoundersökningar för asylsökande som alla regioner är skyldiga att erbjuda. I Region Skånes formulär för hälsosamtal ingår i nuläget ingen fråga om upplevelser av tortyr (Region Skåne, 2019). Att frågan ingår inte i hälsoundersökningens standardfrågor gör att det finns risk att patienter som varit utsatta för tortyr inte identifieras, då det kräver att den enskilda sjuksköterskan som utför undersökningen har kunskap om tortyr och känner sig bekväm med att fråga om sådana upplevelser.

ATT STÄLLA FRÅGOR OM TORTYR

Jag tänker också att frågan [om upplevelser av tortyr] gör att jag har sått någonting, att det gör att de vet om att jag finns om det skulle uppstå problem. Lite var man kan vända sig och så vidare. Att det är viktigt att man tar tag i det och att det finns hjälp att få.
Sjuksköterska, barnavårdscentral

Citatet ovan kommer från en av informanterna och pekar på att ställa frågor om tortyrupplevelser inte nödvändigtvis är en åtgärd som ger resultat med en gång. Men frågan i sig kan leda till att patienten får förståelse för att vårdpersonalen är medveten om att tortyr förekommer och att det finns möjlighet för hjälp och stöd.

Att skapa en trygg miljö som stärker tortyröverlevare i att berätta om sina upplevelser är nyckeln till tidig identifiering och viktigare än själva screeningverktiget (OHCHR, 2017). En människa som varit utsatt för tortyr befinner sig i en sårbar situation och ett samtal om tortyrupplevelser måste ske med försiktighet och noggrannhet. Det är viktigt med trygghet, uppmuntran och finkänslighet i samtalet (Peel, Lubell, & Beynon, 2005). Frågorna som ställs bör vara öppna och ställas på ett sätt som inte skadar tilliten i relationen mellan patienten och vårdgivaren (Peel, Lubell, & Beynon, 2005). Ibland kan dock slutna frågor vara lättare att besvara. Det kan vara ett för stort steg för patienten att börja berätta fritt om sina upplevelser av tortyr. Då kan en direkt fråga vara till hjälp och upplevas normaliserande (Möller, Petrini, & Gustavsson, 2017).

Informanterna ger olika svar på om de brukar ställa frågor om tortyr och hur de i så fall brukar formulera sig. En del frågar direkt om upplevelser om tortyr, men de flesta ställer mer allmänna frågor kring exempelvis flykterfarenheter, patientens symtom eller våldsutsatthet. Det nämns olika anledningar till att inte fråga direkt om tortyr; exempelvis att tortyr upplevs svårt att ta upp eller att begreppet tortyr har olika innebörd för olika personer och riskerar att missförstås:

Jag frågar bredare, jag brukar inte använda ordet tortyr för det är ju väldigt olika var man menar med det. Så det är ju inte så klokt. Utan om någon har gjort den illa, jag använder allmänna termer. Det brukar ju vara så att, i alla fall jag brukar fråga om PTSD-relaterade trauman och då inbegrips ju ofta tortyr, snarare så...

Läkare B, psykiatri

Jag tycker ändå att... det är inte så att jag direkt frågar utan det kommer in liksom på ett annat spår, att man kanske berättar att man mår psykiskt dåligt eller har ett fysiskt trauma och då brukar jag säga "Är det något som du kan tänka dig att berätta om?" så man kanske inte frågar direkt. Har man fysisk skada brukar jag fråga direkt; "Vill du berätta hur uppkom den här skadan och när och vad hände i samband med det?"

Sjuksköterska, vårdcentral

En av informanterna ger exempel på vilka sorts frågor vårdpersonal kan ställa. Dessa frågor kommer från ett frågeformulär och utgör ett mer direkt sätt att fråga om tortyr:

(...) Och har en del hjälp av, jag minns inte vad formuläret heter... jag har det på mottagningen, där man har specifika frågor. Till exempel har du varit utsatt själv för tortyr, har du bevittnat tortyr, Har du bevittnat en anhörig bli torterad, har du varit rädd för ditt liv, har du varit rädd för din anhörigas liv om du inte gör saker? Det är en lista och man kan välja utifrån när man får information, "ja, jag har varit med om något hemskt". Man kan välja frågor från listan, så den är ett stöd (...)

Läkare A, psykiatri

Det är vanligt att känna ett motstånd mot att fråga om tortyr; dels utifrån en rädsla att sära eller skada patienten, dels utifrån att hälso- och sjukvårdspersonal inte känner sig praktiskt och känslomässigt förberedda på att ta emot berättelsen. Det kan också finnas en rädsla för att förnärma patienter som tillfrågas och som inte har varit utsatta för tortyr. Det är dock inte sannolikt att dessa patienter tar illa vid sig av frågorna (de C Williams & Baird, 2016). Några av informanterna beskriver känslor av osäkerhet och berättar också om tillfällen då de egentligen upplever att de borde ha frågat om patientens tortyrutsatthet:

Ja, det har jag gjort [frågat] många gånger i mitt arbetsliv, och har också minnen av tillfällen där jag tänker att jag borde ha ställt frågan.

Läkare, vårdcentral

Det känns om att det är ett icke-område, man frågar inte om det. Man vill helst på något sätt tro att det inte finns och det kan göra att man inte frågar om det. Man kan också känna att man inte riktigt vet vad man ska göra med det om man skulle få upp det på bordet. Hur ska man hjälpa den här människan som har varit utsatt för det här? Så därför kanske man också kanske inte vill höra för mycket heller.

Sjuksköterska, barnvårdscentral

Flera informanter berättar också om att de känner sig tveksamma inför att ställa frågor om tortyr eftersom de inte känner sig säkra på hur de ska hantera om patienten berättar att hen har utsatts för tortyr, det vill säga vilka insatser som finns tillgängliga, vilka remissinstanser som är relevanta och hur tortyrskador bör dokumenteras. Två informanter uttrycker sig såhär:

Men jag tror, att hade det funnits en tydlig remissväg, hade man utbildat lite mer om det, så tror jag vi hade kunnat identifiera folk som är i behov av stödinsatser eller utredas mer och sen om man logistiskt visste vad man ska göra med dem, så tror jag det hade varit lättare.

Läkare, kvinnoklinik

Alltså jag tror jag har nu mer valt att låta patienten själv berätta om den vill, faktiskt, kanske lite eftersom jag inte vet hur jag ska själv ta hand om det sedan.

Fysioterapeut, vårdcentral

I enkäten efterfrågas vilka förutsättningar som skulle underlätta för att ställa frågor om tortyr i ett vårdmöte. Sammanfattningsvis svarar många att de hade varit hjälpta av någon form av frågeformulär eller standardformulering. Flera nämner utbildning och ökad kunskap som en förutsättning:

Jag hade velat veta mer om vad tortyr kan innebära och vilka konsekvenser det får i form av symtom med mera, då hade jag nog lättare vetat vad jag ska vara observant på och hade lättare kunnat föra ett samtal om det ifall det visar sig att patienten har blivit utsatt för tortyr.

Kunskap i om det är något jag ska ta upp på BVC skulle underlätta. Eftersom mina patienter är små barn 0–6 år frågar jag oftare om hur man har haft det på flykten eller innan de kom till Sverige. Blir sällan specifika frågor om tortyr, vet ej om det är relevant? I så fall kanske jag bör fråga om föräldrarna blivit utsatta. Jag vet att mina kollegor har haft familjer där föräldrarna har varit utsatta.

Flera respondenter tar också upp att det krävs vissa organisatoriska förutsättningar för att det ska kännas tryggt att fråga om en så svår sak som tortyr. Detta berörs mer detaljerat i kapitlet om stöd till hälso- och sjukvårdspersonal.

Den litteratur som finns angående att fråga om tortyr tar bland annat upp vikten av att patienten känner kontroll i samtalet, eftersom en central del i tortyr som handling är att frånta en människa kontroll och självständighet. Patienten ska känna sig fri att endast besvara de frågor som känns bekväma att svara på, och känna att resterande frågor kan lämnas obesvarade (Peel, Lubell, & Beynon, 2005). Att erbjuda en hög grad av kontroll i samtalet kan vara en trygghetsskapande faktor. Andra faktorer som bidrar till trygghet är att ge tydlig information, att berätta vad vi behöver få veta av patienten och varför det är viktigt samt tydligt informera om betydelsen av tystnadsplikten och skyldigheten att skriva journal. En annan faktor som kan öka tryggheten i rummet för patienten är att ta hänsyn till patientens önskemål gällande tolkbokning, till exempel tolkens dialekt, och följa upp hur tolkningen fungerade (Möller, Petrini, & Gustavsson, 2017).

TILLIT OCH SVÅRIGHETER MED ATT BERÄTTA OM TORTYRUPPLEVELSER

Det är viktigt att vara medveten om att tilliten till vårdpersonal kan ha påverkats av förhållandena i hemlandet eller under flykten, då läkare kan ha varit närvarande under tortyren eller varit den som utfört tortyren. Patienten måste därför ges förutsättningar att känna sig säker och trygg med vårdpersonalen (Wenzel, Kastrup, & Eisenman, 2007). Aktivt lyssnande, tydlig kommunikation, respekt, ärlighet och genuin empati är faktorer i mötet som bidrar till att skapa tillit (IRCT, 2009).

På grund av brister i tilliten till andra människor förekommer det att patienter föredrar att hålla samtalet utan tolk, på begränsad svenska eller engelska (Möller, Petrini, & Gustavsson, 2017). I mindre etniska grupper kan det förekomma att patienten och tolken känner till varandra och att patienten därför känner rädsla över att sekretessen inte ska hållas (Miles & Garcia-Peltoniemi, 2012). För många tortyrutsatta är det både kognitivt och känslomässigt svårt att minnas tortyren och beskriva vad de har varit utsatta för (de C Williams & Baird, 2016). Patienter kan också känna sig hindrade att berätta om sina traumatiska upplevelser på grund av skamkänslor och rädsla för att bli stigmatiserade (OHCHR, 2017; Miles & Garcia-Peltoniemi, 2012; Möller, Petrini, & Gustavsson, 2017). Så här beskriver några av informanterna tystnaden kring tortyr:

Jag tycker att det är en tyst fråga, man vet att det finns, att det förekommer, tyvärr, alldeles för mycket. Jag har inte träffat någon som har blottat sig och berättat, men det ligger ju också i tortyrens vara. Det är ju ingenting som man pratar om att man har utsatts för det, då är man nog ganska tyst om det. Man försöker gå vidare.

Sjuksköterska, barnvårdscentral

Det är inte ovanligt att dessa patienter inte söker vård, alltså kroppslig vård. Det har hänt att en kvinna bär på en könssjukdom, hon har aldrig berättat för någon att hon blev utsatt för extremt våld. Och hade fått inre skador visade det sig sen. (...) För folk skäms på något sätt, eller vill inte berätta för att det är för skrämmande att berätta, återuppleva trauman.

Läkare A, psykiatri

Samtidigt berättar andra informanter att patienten kan uppleva det som positivt att bli tillfrågad om sina upplevelser:

Jag skulle säga att min idé, men det har jag ingen aning om... Men det är att patienten uppskattar att få den typen av frågor för de, det är del av noggrann bedömning. Om man inte har varit med om något sånt, så kan man ändå uppskatta att... Jag frågar ju det som en del av hundra andra frågor, så det blir del av en kaskad av frågor.

Läkare B, psykiatri

Genom att fråga om tortyr signalerar vårdgivaren en medvetenhet om att tortyr förekommer och att hen är beredd att lyssna om och när patienten vill delge sin historia (de C Williams & Baird, 2016). En av våra informanter beskriver att denne upplever att frågan gör att patienten kan känna sig mer bekväm med att berätta om sina erfarenheter:

Jag tror att många [patienter] kanske drar sig för att ta upp det, att man inte litar på myndigheter över huvud taget. Kanske nyligen kommit hit och aldrig varit i sjukvården här och så. Då kanske det underlättar om man själv bjuder in och visar att det här är inget som är konstigt för mig att prata om. Det är okej om du berättar det. Då kan man ju också själv nämna i anslutning till frågan att jag frågar för att det är vanligt att det har hänt och det är svårt att ta upp och jag vill också berätta det här för att det finns hjälp att få.

Sjuksköterska, vårdcentral

Citatet ovan tar också upp något som återfinns i studier, att många som utsatts för tortyr kan känna misstro mot myndigheter, inklusive hälso- och sjukvården och därför undviker att söka vård och behandling för tortyrskador (Crosby et al., 2006) Det kan också handla om bristande kunskaper i att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet (Hexom et al., 2012). Misstro i kombination med känslan av stigma och skam över tortyrupplevelserna minskar sannolikheten att de kommer berätta om tortyren (Hexom et al., 2012; Wenzel, Kastrup, & Eisenman, 2007). Patienter kan även känna rädsla över att de inte ska bli trodda om de berättar om sina upplevelser av tortyr, då det är allt vanligare med tortyrmeter som inte lämnar några ärr eller andra synliga bevis på att tortyren har utförts (Wenzel, Kastrup, & Eisenman, 2007).

En annan viktig faktor som tas upp av informanterna är de olika förutsättningar som finns för verksamheter inom hälso- och sjukvården att identifiera och behandla patienter som har utsatts för tortyr. En informant som arbetar på en gynekologisk avdelning beskriver hur verksamhetens inriktning på gynekologi gör att ämnen som är känsliga och svåra kan komma upp i högre grad än inom andra verksamheter:

Och samtidigt så är vi en specialistenhet som är inriktade på gynekologisk sjukdom, och då kan man ju också säga att vi ska sköta det och kunna skicka det andra någon annanstans. Samtidigt är ju vi väldigt intresserade av att det ska bli bra för patienten och man vill ju gärna ta hand om det i och med att folk berättar mycket. Jag tror att folk berättar mer för sin gynekolog än för sin optiker, för att de är beredda på att det kommer att komma känsliga saker. Det finns en lucka hos oss där vi skulle kunna identifiera många fler.

Läkare, kvinnoklinik

En annan informant beskriver att upplevelser från att arbeta inom akut verksamhet har gjort hen mer försiktig inför att ställa frågor om exempelvis tortyrupplevelser:

När jag jobbade på akutavdelningen så var det ju mycket att det kom så där rått obearbetat, med jättemycket symtom, alltså att man bröt samman, och det blir sån skräckupplevelse, både för dem och för barnen. Så jag tror, det har också gjort att jag har blivit försiktig på ett sätt som jag inte alltid är säker på är bra.

Kurator, barn- och ungdomspsykiatri

Några informanter beskriver förtroende som en viktig faktor för att patienter ska vara bekväma med att berätta om tortyrupplevelser och att en viktig del i att bygga förtroende är tid och möjlighet att träffa patienten flera gånger. Att ha mer tid och flera möten med patienten är också något som är mer genomförbart inom vissa verksamheter:

...har det hänt att patienten har sagt "nej jag vill inte det" eller "jag orkar inte prata om det". I nästan alla fall erbjuder jag en tid igen och säger "vill du komma tillbaka hit en annan dag för vi hinner inte göra allt det här idag på hälsoundersökningen". Det är många som om man tar en till tid och då kanske man fått upp ett visst förtroende, de kanske har hunnit fundera lite mer och känner att det kanske trots allt kan vara värt att berätta det här för att få hjälp, att man kanske har förstått att det kanske finns någonting att göra åt det här, det kanske finns någon hjälp att få så jag kan må lite bättre.

Sjuksköterska, vårdcentral

I många kontakter är det som i så mycket annat; man får vänta tills man fått en förtroendefull kontakt, upplever jag, innan man kan ställa frågorna (...)

Läkare, vårdcentral

En annan informant berättar om svårigheter med att fråga föräldrar om utsatthet för tortyr eftersom barnet är huvudpatient och därmed alltid är med i rummet:

Jag tror en sak som kanske påverkar mig där är att jag ofta har barnen i rummet också, att jag har familjen, men att jag kan tänka... vi har pratat om det här att fånga genom att kanske screena bättre för tortyr när de kommer till oss, att man frågar dem.

Kurator, barn- och ungdomspsykiatri

Vilka som är närvarande i rummet kan påverka hur mycket patienten berättar. Om familjemedlemmar är närvarande i samtalet kan patienten känna sig hindrad att berätta om tortyren på grund av skam och en rädsla för att överbelasta familjemedlemmar. Särskilt när en patient har psykologiska symtom eller har varit utsatt för sexuell tortyr kan rädslan för stigma hindra patienten att prata inför familjemedlemmar. I vissa fall kan det även innebära ett reellt hot för patienten och påverka dennes sociala status om sexuell tortyr eller psykisk ohälsa blir känt för familjen (Wenzel, Kastrup, & Eisenman, 2007).

Att dokumentera tortyrskador

Att identifiera tortyrskador är avgörande för att patienten ska få adekvat vård, men varför kan det vara viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal i Region Skåne dokumenterar tortyrskador? Det finns flera svar på detta; att den som har utsatts ska kunna få upprättelse och rehabilitering, att möjliggöra ansvarsutkrävande och att förövare ska kunna ställas till svars. Dokumentation kan också vara av vikt i en individs asylprocess (OHCHR, 2017). Även om stort fokus i detta avsnitt läggs på vikten av dokumentation av tortyrskador för asylsökande patienter är det också bra att komma ihåg att även personer som befunnit sig i Sverige länge har rätt till dokumentation och behandling av sina skador.

INTYG I ASYLPROCESSEN

Varför är det viktigt för asylsökande att få tortyrskador dokumenterade av hälso- och sjukvården? I många fall är dokumentation av tortyrskador, genom exempelvis ett läkarintyg, avgörande för att tortyrskadorna ska beaktas och undersökas vidare i en mer omfattande expertutredning bekostad av Migrationsverket. Istanbulprotokollet nämns flera gånger i denna rapport och är en erkänd manual för medicinsk och juridisk utredning av tortyrskador. I manualen beskrivs hälso- och sjukvårdspersonalens förpliktelser som tvåfaldiga; hälso- och sjukvårdspersonals primära förpliktelse är att främja patientens bästa, men det finns också en generell förpliktelse gentemot samhället att försäkra att rättvisa skipas och att kränkningar av mänskliga rättigheter förebyggs (OHCHR, 2004).

Genom ett läkarintyg som påvisar att patienten har skador som kan härröra från tortyr går Migrationsverkets utredningsansvar in, vilket bland annat härrör från följande rättsliga prövning:

I ett avgörande ärende i Europadomstolen R.C. mot Sverige, nr 41827/07, anförde en asylsökande man att han hade utsatts för tortyr när han på grund av sin politiska aktivitet var fängslad i Iran. Mannen inkom med ett intyg från en läkare på en vårdcentral som bekräftade att hans skador kan ha uppkommit som mannen beskrivit det. Mannen fick avslag på sin asylansökan i samtliga instanser. När ärendet togs upp i Europadomstolen gjordes en annan bedömning av mannens trovärdighet, men också av det läkarintyg som hade lämnats in. Europadomstolen begärde ett läkarintyg skrivet av en specialist i rättsmedicin som mannen inkom med. Europadomstolen menade att Migrationsverket och migrationsdomstolen ansvarar för att antingen acceptera läkarintyget eller sörja för att en expertutredning genomförs (Seidlitz, 2019; Migrationsverket, 2012).

År 2012 meddelade Migrationsverket i ett rättsligt ställningstagande att:

Den som åberopar skador efter tortyr eller annan skyddsgrundande behandling och inkommer med intyg som indikerar att han/hon kan ha varit utsatt för sådan behandling bör beviljas vidare utredning av skadorna på statens bekostnad (Migrationsverket, 2012).

I det rättsliga ställningstagandet nämns också att undantag från denna bestämmelse kan göras i följande fall: när skadorna inte ifrågasätts, när Migrationsverket kommer bevilja flyktingstatusförklaring eller skyddsstatusförklaring, när sökandes berättelse uppvisar omfattande trovärdighetsbrister och när situationen i hemlandet förändrats så mycket att tidigare risk för tortyr och skyddsgrundande behandling inte längre föreligger (Migrationsverket, 2012).

I Röda Korsets rapport *Tortyrskador under lupp* framkommer att läkarintyg har haft mycket stor betydelse för att Migrationsverkets utredningsansvar ska inträda. Enligt rapporten visar praxis från Migrationsdomstolarna att även enklare intyg och journalkopior där indikationer på utsatthet för tortyr framgår, ska kunna initiera Migrationsverkets utökade utredningsansvar. Det framgår dock att andra indikationer på tortyr, såsom ärr, fotografier eller en mycket detaljerad berättelse om tortyren ofta inte har ansetts vara tillräckligt för att Migrationsverket ska utreda frågan ytterligare (Röda Korset, 2015).

Bland respondenterna i enkäten är det strax över fyra procent som svarar att de har medverkat till att skriva ett intyg om tortyrrelaterade besvär för asylsökande patienters räkning. Av de som har medverkat till att skriva ett intyg framträder tre yrkesgrupper tydligt. Det är främst läkare och i andra hand psykologer och socionomer/kuratorer. Det rättsliga läget gör gällande att det är just ett läkarintyg som krävs för att Migrationsverkets utredningsansvar ska aktualiseras (Migrationsverket, 2012). Det är därför inte förvånande att det i första hand är läkare som medverkat till att skriva intyg. Frågan i enkäten ställs medveten utifrån om respondenterna har *medverkat* till att skriva ett intyg om tortyrrelaterade besvär, för att även inkludera de yrkesgrupper som inte skriver läkarintyg men tar fram underlag till det, som exempelvis psykologer och socionomer.

De knappt 96 procent som svarar att de inte medverkat till att skriva ett intyg uppger olika anledningar till detta. De allra flesta svarar att det inte har varit aktuellt i deras yrkesroll, att det inte har efterfrågats eller att de patienter de träffar inte har kontakt med Migrationsverket. Flera svarar att de inte var medvetna om att ett sådant intyg kunde skrivas, medan andra svarar att det inte görs på deras aktuella vårdnivå:

Inte vetat att det är eller kan vara aktuellt/ hur det ska skrivas/ utredas.

Patienter jag träffar kommer nästan alltid på remiss från läkare eller sjuksköterska och tänker att det mer är deras uppgift.

Ett annat skäl som en del av respondenterna uppger är att de arbetar med barn och att det därför inte har varit aktuellt:

Jag har inte träffat patienter där det varit aktuellt, arbetar främst med små barn.

Arbetar med barn, har aldrig fått frågan, men kanske hade fått det om jag frågat mer själv.

Några av de respondenter som arbetar främst med kvinnliga patienter resonerar kring varför frågan om intyg inte har kommit upp på deras arbetsplats:

Dels har vi mest kvinnor och tänker att det framför allt är män som utsätts för tortyr (kan dock vara en fördom såklart). Dels är det inget som vi samtalar om på arbetsplatsen. Utbildning i detta ämne hade varit väldigt tacksamt.

Inte vetat att det gick att göra, tycker jag märkt att visa kvinnor varit med om svåra saker i krig tex sexövergrepp eller annat...detta kommer fram när de föder och inte kan kontrollera visa saker.

Projektgruppen som arbetar med DIKT håller på att ta fram en mall för läkarintyg om misstänkta tortyrskador. Syftet med denna mall, som också innehåller tydliga instruktioner, är dels att uppmärksamma hälso-och sjukvårdspersonal om att sådana intyg finns och dels att mallen ska göra det lättare för läkare att skriva intyget.

SAMMANFATTNINGVIS

ATT IDENTIFIERA TORTYRÖVERLEVARE OCH DOKUMENTERA TORTYRSKADOR

- Forskning visar att det är vanligt att tortyröverlevare undviker att prata om sina erfarenheter och inte söker vård för sina skador. Det gör att identifiering av tortyröverlevare är nyckeln till att patienter ska få tillgång till den vård de är i behov av.
- Det är viktigt att patienten har kontroll i samtalet, eftersom en central del i tortyr är att frånta en människa kontroll och självständighet. Patienten ska känna sig fri att endast besvara de frågor som upplevs bekväma att svara på, resterande frågor kan lämnas obesvarade.
- Om hälso- och sjukvårdspersonal inte frågar om tortyrupplevelser finns det en risk att frågan om tortyr aldrig uppmärksammas och att tortyrutsatta inte identifieras.
- Dokumentation av tortyrskador är viktig, dels för den enskildas asylprocess, dels för tortyröverlevare rätt till upprättelse och rehabilitering.
- Om det finns ett läkarintyg som visar att en asylsökande patient har skador som kan ha uppstått på grund av tortyr, är Migrationsverket skyldiga att bekosta en tortyrskadeutredning.

I enkätsvar och intervjuer bland hälso- och sjukvårdspersonal framkommer att:

- Färre än en av tio (åtta procent) anger att de i stor utsträckning eller helt har den kunskap de behöver för att identifiera patienter som utsatts för tortyr.
- Ungefär en av tjugo (sex procent) frågar rutinmässigt patienter med erfarenhet av flykt om de har utsatts för tortyr.
- Färre än en av tjugo (fyra procent) har medverkat till att skriva intyg om tortyrrelaterade besvär. Flera av respondenterna uppger att de inte är medvetna om att sådana intyg bör skrivas och hur det i så fall ska formuleras.
- I intervjuerna med hälso- och sjukvårdspersonal framgår att flera känner oro inför att ställa frågor om upplevd tortyr. Det kan bero på att det är oklart vart patienten kan remitteras vidare eller att personalen känner en oro inför att patienten ska ta skada av frågan.
- I intervjusvaren poängterar hälso- och sjukvårdspersonal vikten av att bygga förtroende, och att det kan ta tid innan det går att prata med patienten om tortyr.
- Utifrån enkätsvaren går det att dra slutsatsen att det finns en risk för att hälso- och sjukvården missar patienter som varit utsatta för tortyr.

Hälso- och sjukvårdspersonalens behov

Medan tidigare kapitel utgör en kartläggning av hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper om tortyr och dess konsekvenser för hälsan, riktas blicken nu mot personalens tankar om stödinsatser. I detta kapitel är fokus på hälso- och sjukvårdspersonalens behov. Kapitlet är en del i DIKT:s kartlägningsarbete för att ta fram fortbildnings- och stödmaterial till personal inom Region Skåne. Här diskuteras hälso- och sjukvårdspersonalens behov vad gäller utbildningsinsatser och stödmaterial om tortyr. Utöver det diskuteras organisatoriska förutsättningar, samverkan och stöd på arbetsplatsen. Kapitlet avslutas med ett nedslag i hur det ser ut vad gäller vård för tortyrskador i andra regioner än Region Skåne.

Behov av utbildningsinsatser för vårdpersonal

I många studier betonas vikten av att vårdpersonal utbildas i att identifiera symtom på tortyr och trauma, så att de kan möta patienternas vårdbehov och remittera vidare till specialistvård (Eisenman, Keller, & Kim, 2000; Spissu, et al., 2018; Towers et al., 2013). Vårdpersonal som möter migranter bör ha allmänna kunskaper om pågående krig och konflikter i patienternas ursprungsländer, om migration och flykt och vad det kan innebära i form av påfrestningar och separationer (Möller, Petrini, & Gustavsson, 2017). Vidare bör de ha kunskaper om vanliga medicinska och psykologiska konsekvenser av tortyr samt vilka specialiserade behandlingscenter/kliniker det finns att remittera människor som varit utsatta för tortyr till (Crosby et al., 2006). Även i EU:s Mottagandedirektiv, artikel 25, framgår att personer som möter tortyroffer ska ha tillgång till lämplig utbildning (Europaparlamentet och rådets direktiv 2013/33/EU, 2013).

I den enkät som riktar sig till andra regioner än Region Skåne ställs frågan: ”Erbjuder regionen utbildning till hälso- och sjukvårdspersonal i frågor som rör tortyr?”. Merparten, tio regioner, svarar nej och sex regioner svarar ja. De som har svarat ja på frågan har också fått exemplifiera vilka yrkesgrupper som erbjuds sådan utbildning. Här ser svaren olika ut. En region svarar att alla som arbetar erbjuds utbildning, en annan

svarar distriktsläkare, en tredje region att psykiatrin ibland har haft föreläsare på ämnet och en fjärde att primärvården är fokus för utbildningar under 2020. I Region Skåne har utbildningar om tortyr erbjudits sporadiskt till hälso- och sjukvårdspersonal, då Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade har föreläst.

I intervjuerna med personal i Region Skåne framgår att de flesta inte har erbjudits utbildning om tortyrskador. Endast en av informanterna har fått sådan utbildning i sin grundutbildning, som hen genomgick utomlands. Några har genomgått fortbildning senare i arbetslivet. I enkäten riktad till hälso- och sjukvårdspersonal i Region Skåne har flera av respondenterna självmant valt att uppmärksamma behovet av ökad kunskap och utbildning som svar på frågan om det finns något övrigt de vill tillägga. Några tar upp vikten av utbildning för att öka sannolikheten att identifiera tortyröverlevare som i nuläget riskerar att missas:

Jag arbetar i ett område där sannolikheten är stor att jag möter en hel del tortyroffer utan att alltid vara medveten om det - mera kunskap om bemötande etc. vore önskvärt.

På min arbetsplats behöver vi mer kunskap om detta. Det är antagligen mkt vanligt förekommande med patienter som varit utsatta under flyktvägen hit, kanske är graviditeten till och med ett resultat av tortyren.

Andra respondenter har själva utbildat sig i ämnet tortyr och understryker vikten av att utbildning i ämnet erbjuds systematiskt inom vården:

Jag har själv tagit ansvar för att utbildas i både fysiska och psykiska tortyrrelaterade besvär/problem. Jag skulle vilja se att det var en obligatorisk föreläsning för fler inom vården.

Tortyr har ej tagits upp under min utbildning, ej heller som vidareutbildning efteråt. Det lilla jag vet om tortyr, kommer från egenstudier i form av dokumentärer och liknande. Som aldrig har varit direkt relevanta för tandvård. Även om jag har förstått att tortyr, även med hjälp av munhåla och tänder, är vanligt på sina håll.

En respondent efterfrågar ett barnperspektiv i utbildningar på området:

Ibland utgår vården enbart utifrån ett vuxenperspektiv. Jag efterfrågar ett barnperspektiv och utökad kunskap om barns upplevelser både vad det gäller detta område men också våld i familjen mm.

Sammanfattningsvis visar utsagorna i enkätsvar och intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal i Region Skåne att det inom hälso- och sjukvården finns önskemål om utbildning och kunskapshöjning om tortyr och dess hälsokonsekvenser. Det är också viktigt att sådan utbildning erbjuds kontinuerligt och att det inte är upp till varje enskild medarbetare att på egen hand utbilda sig i frågor om tortyrrelaterade besvär.

UTBILDNINGENS INNEHÅLL OCH INRIKTNING

Jag tror att det hade varit väldigt bra att bara veta vad är tortyr, vad innebär det? För det kanske bara är sånt som man ser på film eller läser i en bok. (...) Vilka konsekvenser får det? Att få veta mer om det forskningsmässiga kunskapsläget. Hur uttrycker det sig sen, hur mår personen? Så dels det sen tänker jag också som sagt vad ska jag göra när de som jag möter har varit utsatta för tortyr. Vart ska jag vända mig? Det måste också vara rätt så tydligt, så att man vet. Och det tredje tänker jag är vilken hjälp finns det att få? Inte vart man ska skicka en remiss, utan att också veta lite om hur man kan behandla. Jag behöver inte ha utbildning i att behandla men lite om hur behandlingen ser ut, prognosen och så. Det tre bitarna skulle jag vilja veta.

Sjuksköterska, barnvårdscentral

Informanten tar upp olika delar som hen anser bör ingå i en utbildning. Dessa delar återkommer i flera av intervjuerna. Vilket innehåll som efterfrågas i en utbildning om tortyrskador och dess konsekvenser kan sammanfattas i fyra teman som illustreras genom några citat:

ATT ÖKA MEDVETENHET OM FÖREKOMSTEN AV TORTYR

Ett tema är det generella behovet av ökad medvetenhet om förekomsten av tortyr, att påminna om att det förekommer så att det blir en faktor för vårdpersonalen att tänka in i mötet med patienter:

Steg ett kan jag tycka är att man ska prata om det i väldigt vida sammanhang, för att påminna om det. Att ha med sig sin egen bedömningsmall över vad man har att göra med i skilda medicinska sammanhang. Eftersom det kan spela in på så många olika sätt. Så främst medvetenhet, att man kan prata om det i många olika sammanhang.

Läkare, vårdcentral

FYSISKA OCH PSYKISKA SYMTOM

Ett annat tema är fokus på vanliga symtom som del av utbildning eller utbildning som tydligt förklarar möjliga symtom och skador kopplade till tortyrmetoder:

Jag tror att det också skulle vara bra att veta lite om vanliga tortyrmetoder. Vad är vanligt? Man bränner folk med elkablar, men hur ser det ut? Lämnar det ärr. Och hur ser de ärr ut? Alltså väldigt hands on.

Läkare, kvinnoklinik

BEMÖTANDE OCH ATT FRÅGA OM TORTYR

Att fokusera på mjuka värden och bemötande blir ett komplement till de fysiska och psykiska symtomen:

Mer mjuka värden, inte såhär "den här och den här fysiska skadan finns", utan mer hur kan en person som har utsatts för tortyr reagera om du ställer de här frågorna och om den reagerar såhär, hur är det bra att bemöta det?

Sjuksköterska, vårdcentral

Flera informanter tar upp stöd i att fråga om tortyrupplevelser utan att riskera att skada patienten som en viktig del i en utbildning:

För jag tänker, det är sin sak om man ska jobba i behandling, då har man en helt annan ingång, men när man ska identifiera och göra det på ett sätt som blir respektfullt och inte river upp... där tänker jag att man kan behöva mer guidning på nåt vis.

Kurator, barn-och ungdomspsykiatri

Sen vill man veta, kan jag förstöra nånting genom att rota i det här.

Läkare, kvinnoklinik

BEHANDLING OCH ATT REMITTERA

Ytterligare ett tema handlar om vilken hjälp som finns att få och olika behandlingsalternativ, för att själva kunna behandla patienten på bästa sätt, remittera vidare till rätt instans eller kunna förklara för patienten på vilket sätt behandling kan hjälpa patienten:

...naturligtvis också vad man gör sedan när patienten berättar. Hur kan jag använda det i min behandling. Inte bara skicka vidare, att ta hand om lite själv.

Fysioterapeut, vårdcentral

Och sen vill man ju framför allt veta vad ska jag göra med det jag hittar.

Läkare, kvinnoklinik

Vilka behandlingsmöjligheter finns? Då menar jag inte bara var man kan remittera utan generellt vetenskapligt vilka metoder fungerar för att behandla människor som varit utsatta för tortyr, terapi eller läkemedel. Vad fungerar och i hur många fall kan man må bättre efteråt, hur stor chans är det att man kan må bra igen. Så man också kan ge lite mer feedback i samtal med patienten.

Sjuksköterska, vårdcentral

Slutligen tillfrågades informanterna om de anser att utbildning bör ges yrkesspecifikt eller på enhetsnivå. Utifrån svaren går det att utläsa att synen på denna fråga är olika, en del ser fördelar med att utbildningar genomförs för den egna yrkesgruppen och en del ser behovet på den egna arbetsplatsen. Sannolikt finns det utrymme för utbildningar med olika ingångar till tortyrproblematiken.

Behov av stödmaterial

I enkäten riktad till regioner ställs frågan om regionerna har vårdprogram eller riktlinjer gällande tortyrrelaterade besvär. Hälften av regionerna svarar nej, medan tre regioner har riktlinjer beslutade på regional nivå och en region har riktlinjer på lokal nivå. Fyra regioner ger andra svar. Av dessa anger två av regionerna att tortyrrelaterade besvär ingår i de allmänna riktlinjerna för PTSD. En region har ett vårdprogram för patienter som blivit utsatta för multipla trauman, i detta ingår patienter med tortyrerfarenhet. Som framkommer i inledningskapitlet har Region Skåne inget vårdprogram.

En annan fråga som ställs i enkäten riktad till regioner är om det finns frågor om tortyrutsatthet i anvisningar för hälsoundersökningar av asylsökande med flera. Av 16 regioner svarar 11 att sådana frågor ingår. Som nämns i kapitlet om identifiering ingår sådana frågor inte i Region Skånes formulär för hälsosamtal (Region Skåne, 2019). Hälsoundersökningar är en kostnadsfri screening för asylsökande, nyanlända, kvotflyktingar, papperslösa och anknytningspersoner vari tortyrutsatthet hade kunnat ingå som ett systematiskt sätt att identifiera tortyrutsatta.

I intervjuerna med hälso- och sjukvårdspersonal framgår flera olika behov och förslag på material som kan vara till stöd i att identifiera, bemöta, dokumentera och behandla/remittera tortyrutsatta patienter. Dessa kan tematiseras under följande tre rubriker:

CHECKLISTA/SCREENINGVERKTYG

Det finns önskemål om checklistor och screeningverktyg som ett stöd för att våga fråga om tortyrupplevelser eller som stöd vid identifiering av tortyrskador:

Men att det skulle ingå i andra checklistor, ja. Det har att göra med att jag tror att vi inom psykiatrin, det skulle vara bättre för oss om vi var lite mer standardiserade generellt och då är det här en viktig del att ha med.

Läkare B, psykiatri

Att det kommer fram fler konkreta verktyg som vi kan använda, vi som träffar de här patienterna. För man har väldigt mycket nytta av det. Man får en annan, ett annat underlag och kan känna sig mer säker på vad man frågar.

Sjuksköterska, vårdcentral

PATIENTMATERIAL PÅ OLIKA SPRÅK

Patientmaterial eller material till anhöriga på olika språk är ett annat förslag, exempelvis för att öka patientens tillit till att våga berätta om tortyrskador:

Patientmaterial skulle vara bra, med information om hur man kan må när man utsatts för något sånt här, på olika språk och så. Så att man kan få den här igenkänningsfaktor och kanske blir mer villig att berätta.

Sjuksköterska, vårdcentral

Material på olika språk till patienter tror jag hade varit jättebra, för jag tror att det här att man får läsa själv, att man får information själv, på nåt vis får processa det innan, jag tror att det kan vara lite viktigt. Folder i väntrummen tror jag. Inom barnpsykiatrin sitter det många föräldrar i väntrummen.

Kurator, barn- och ungdomspsykiatri

VÅRDPROGRAM

Slutligen tas behovet av vårdprogram upp, som en källa till sammanhållen och praktisk information om identifiering, dokumentation, behandling av tortyrutsatta patienter och med information om tydliga remissvägar:

Så när man möter en människa som har varit utsatt för tortyr av något slag, trauma, vad ska vi tänka på, vad gör vi, vart remitterar vi vidare, när gör vi det. Det är en bra checklista. Vilken anamnes ska vi ta, vilka frågor man ställa och så vidare. Det skulle vara superbra.

Sjuksköterska, barnvårdscentral

Så absolut att ett vårdprogram, att Region Skåne skulle ha det! Det tror jag hade varit elegant, särskilt för de stora intressenterna; primärvård, smärtenheten, psykiatri, Röda Korset.

Läkare B, psykiatri

Organisatoriska förutsättningar, samverkan och stöd på arbetsplatsen

I intervjuerna med personal i Region Skåne uppges det återkommande att förutsättningarna för att möta tortyrutsatta patienter på många sätt kan förbättras. Det finns en frustration över tidsbristen som får vissa att värja sig för att ställa frågor. Det finns också en frustration på grund av att det saknas tydliga remissvägar och att stödet från arbetsgivaren ser mycket olika ut. Ibland är det också arbetets organisering och utformning som står i vägen:

Barnen är ju väldigt mycket sina föräldrars hälsa också. Och där kanske barnpsykiatri börjar röra sig lite bort från det, alltså att det är väldigt mycket individ, barnet som individ och man är mindre intresserad av familj och helhet idag. Det har blivit mer och mer strömlinjeformat på något sätt. För det tar ju tid och man måste göra något med det när man får det. Men jag tycker jag ser väldigt tydligt att det påverkar otroligt mycket (...) i den här pressade organisationen som vi har, så tror jag att det spelar stor roll att om man ställer frågor och får svar så behöver man veta vad man ska göra med de svaren. För annars så tror jag... inte ett medvetet undvikande, men att det kan vara ett omedvetet undvikande, att det blir en sådan stor sak av det.

Kurator, BUP

Sen är ju vi ganska hårt tränade i att man inte ska rota i grejer man inte kan erbjuda någon hjälp med (...) om man ställer en fråga och någon bara bryter ihop och berättar om systematiska våldtäkter i Somalia. Då är det väldigt svårt, för alla mina andra patienter kommer att sitta där, så den tidspressen är ju helt hopplös. Det gör ju att jag tänker att det kanske inte är vi primärt som måste ställa flest frågor. Däremot så tänker jag att vi ska identifiera dem som reagerar avvikande och sen skicka dem rätt.

Läkare, kvinnoklinik

Ett tema som framkommer är hur central betydelse besökets längd har för att skapa rätt förutsättningar. När hälso- och sjukvårdspersonal upplever att de ta inte kan ta hand om ett svar värjer de sig för att ställa frågor. Men viljan att identifiera patienterna verkar finnas. Att en verksamhet är strömlinjeformad behöver inte vara något negativt i sig, det kan innebära att den är genomtänkt och effektiv. I detta sammanhang verkar det snarare avse att det har börjat påverka flexibilitet och möjligheten att se till en helhet, att det snarare allt mer handlar om att saker inte får ta mycket tid för att inkräkta på just effektivitet.

Övriga teman som kommer upp vad gäller organisatoriska förutsättningar, samverkan och stöd kan kategoriseras under följande rubriker:

HANDLEDNING OCH STÖD

Handledning uppskattas och önskas i större utsträckning, men det upplevs överlag att det finns ett kollegialt stöd på arbetsplatsen.

...och sen så tror jag handledning, att det är viktigt att ha någon som tar emot, för det är ju inte enkla berättelser. Och även där att det finns inga dåliga reaktioner, man börjar ju prata om det här med andrahandstraumatisering.

Kurator, BUP

Sen har jag ju BHV-psykolog vid konsultationer en gång i månaden ungefär. Då kan man ju också ta upp saker som man känner att man behöver lite handledning i, hur man ska hantera det och så. Man kan ju även ringa.

Sjuksköterska, BVC

Andra upplever det som ett behov som inte tillgodoses i den utsträckning som det vore önskvärt. De som upplever att de arbetar mycket själva uttrycker ett behov just för att jobbet kan upplevas som ensamt. Tidsbrist framkommer också som något som gör att stöd och handledning får stå tillbaka.

Det är också någonting jag har funderat på, faktiskt, om vi fysioterapeuter också skulle ha det. Eftersom psykologer till exempel har ju alltid handledning.

Fysioterapeut, vårdcentral

Generellt sett så uppfattar jag det som att det är rätt dåligt med möjligheter till stöd och handledning, om vi ska kalla det så, för mig som distriktsläkare. Det blir ofta väldigt ensamt (...) Det jag har önskat ibland har varit en tydligare kontakt (...) att det fanns någon form av, ja nästan uppsökande verksamhet. Jag skulle vilja bli uppsökt, och det handlar naturligtvis mest om att det i det här jobbet är så svårt att hitta ett utrymme för att söka det stödet själv.

Läkare, vårdcentral

TYDLIGA REMISSVÄGAR OCH EN CENTRALISERAT STÖDFUNKTION

Ett återkommande tema är reflektioner om vad den egna verksamheten kan göra för patienten i väntan på att hen får specialistbehandling. Flera beskriver att de försöker ”hålla i patienten” under tiden, till exempel genom att boka in återbesök för att upprätthålla kontakten. I detta sammanhang efterfrågas en centraliserad eller specialiserad funktion för rådgivning, antingen i form av en klinisk verksamhet eller någon form av centrumbildning med kunskap inom Region Skåne:

Men där tror jag att om man framförallt visste att man har ett välfungerande samarbete med en instans som sen skulle kunna behandla och ta hand om, så tror jag att det hade ökat motivationen att fråga och så man känner sig trygg med att man inte ställer till mer än man fixar (...) Så det som hade varit gött hade ju varit om det fanns någon slags traumabehandlingsklinik som kunde plocka upp dem emellan.

Läkare, kvinnoklinik

Aktuell information i lagom dos, och framför allt gärna mejladress eller chattadress till en form av 'hur kan jag göra med det här, kan jag få snacka med någon, kan jag få skriva en remiss till er?' Ofta har man ju resurserna när det kommer till kritan att göra mycket nytta själv på platsen, men man kan behöva bolla det med någon som har lite insikter sedan tidigare.

Läkare, vårdcentral

Det verkar upplevas en avsaknad av en verksamhet som kan ta ett helhetsgrepp, och inte bara se till ett exakt område eller bara utifrån ett specifikt uppdrag. Samma typ av önskemål och upplevda problem återkommer som fritextsvar i enkäten.

Jag upplever en uppgivenhet från många, såväl vårdgivare som patienter, när det kommer till att hjälpa de patienter som varit utsatta för tortyr eller har skador som skulle kunna vara orsakade av tortyr då väntetiderna till specialisterheter som jobbar med dessa frågeställningar ofta är långa (i många fall 2+ år) och patienten har konkreta besvär och följer av besvären här och nu.

Jag förstår att personer som kommer från krigsdrabbade områden eller på annat sätt har flytt från sitt hemland bär med sig mycket. Jag tycker att det är viktigt att dessa personer får träffa personal med goda kunskaper inom detta område och tycker därför att man ska centrera den typen av vård till speciella enheter, som man gör med specialistsjukvård för ex hjärta, neurologi osv. Jag är rädd att handläggningen ska läggas över på vårdcentralen som inte har tillräckligt med kunskap eller resurser.

Röda Korsets behandlingscenter verkar vara en välkänd mottagning, men väntetiden upplevs som för lång. Samtidigt kan flera av kommentarerna tyda på att det också remitteras dit för att de egna resurserna upplevs som begränsade, att det är svårt att få patienten till psykiatri till exempel.

Just nu är det svårt att få in patienten till vuxenpsykiatri även med PTSD. Har genom åren även hört att det är svårt att komma till på Röda Korset behandling för tortyr vilket kanske påverkar att man remitterar mindre.

Rätt anmärkningsvärt tycker jag att vi inom vården får hänvisa till en frivillig organisation, Röda Korset i första hand för behandling av PTSD. Detta borde finnas i större utsträckning inom vårdens ramar.

De patienter vi försökt hjälpa vidare har ofta misstänkt PTSD men kan säkert röra sig om tortyr. Den instans vi har kunnat hänvisa till är Röda Korset då utbudet av behandling på annat språk är väldigt begränsat.

Patient utsatt för tortyr med PTSD, smärtproblematik och/eller psykiska besvär har begränsad möjlighet att få specialiserad hjälp. Lång väntetid på Röda Korset för behandling PTSD, psykiatri hänvisar till Röda Korset, vilket gör att det blir vårdcentralens ansvar att stödja och behandla (...) i brist på specialistkompetens sköts dessa patienter av primärvården.

ÖKAD SAMVERKAN INTERNT OCH EXTERNT

Något som knyter an till önskemålet om en verksamhet med en helhetssyn är önskan om en ökad samverkan inom hälso- och sjukvården, men också med externa parter och då framför allt socialtjänsten:

Vi människor är komplicerade, och familjer sitter ihop och det gör inte alltid vår organisation, tänker jag. Alltså vi är uppdelade i barnpsykiatri och vuxenpsykiatri, och har du det problemet så går du dit och har du det problemet så går du dit, och det motverkar lite deras svårigheter. Det skapar svårigheter att hjälpa dem.

Kurator, BUP

Och så jag skulle vilja ha mer samarbete mellan psykiatri och primärvården, kanske ska man använda specialistpsykiatri som en konsultverksamhet mer än en instans där patienterna ska behandlas, på sikt. Jag saknar primärvårdens roll i det hela. Ganska ofta hamnar patienter på psykiatriakuten (...) PTSD som inte är svår borde ligga hos primärvården, inte specialistpsykiatri.

Läkare A, psykiatri

Att de familjerna som har det tuffast, att man skulle också samverka mer aktivt med socialförvaltningen, för där kan jag uppleva att de har rätt så bristande kunskap. (...) Man skulle haft en tydligare samverkan kring de familjerna (...) och jag tänker mig att det ofta är det strukturella stödet som är dåligt och funktionen är låg (...) Jag tänker att socialförvaltningen har ju många fler av de här familjerna, och sitter och kämpar utan psykiatri. Vi sitter ju utan varandra ofta. Och så har vi inte hela kompetensen.

Kurator, BUP

Jag skulle gärna se att man kunde lyfta upp de här sakerna på ett samarbetsplan med socialtjänsten. Så att man kunde ha ett tydligare... så klart sekretessbelagt, men öppnare kanaler mellan aktörer som försöker göra någon slags reda i eländet.

Läkare B, psykiatri

SAMMANFATTNINGSVIS HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS BEHOV

- Studier visar på behovet av att hälso- och sjukvårdspersonal utbildas i att identifiera symtom på tortyr och trauma. Detta för att kunna möta denna patientgrupps vårdbehov och remittera vidare till lämplig specialistvård.
- Kunskaper som är viktiga i sammanhanget är allmänna kunskaper om krig och konflikt och påfrestningar vid flykt, samt kunskaper om fysiska och psykiska konsekvenser och möjliga remissvägar.

I enkät- och intervjusvar framkommer önskemål från hälso och sjukvårdspersonal inom följande områden:

- Utbildningar med fokus på följande tematiska områden:
 1. Att öka medvetenheten om förekomsten av tortyr
 2. Fysiska och psykiska symtom
 3. Bemötande och att fråga om tortyr
 4. Behandling och att remittera
- Det finns även ett behov av stödmaterial i form av:
 1. Checklista/screeningverktyg
 2. Patientmaterial på olika språk
 3. Ett vårdprogram inom Region Skåne
- Organisatoriska förutsättningar påverkar hälso- och sjukvårdspersonalens förutsättningar för att möta tortyrusatta patientgrupper och i detta sammanhang lyfts önskemål om:
 - 1.Handledning och stöd
 2. Tydliga remissvägar och en centraliserad stödfunktion
 3. Ökad samverkan internt och externt

Avslutande diskussion

I det inledande kapitlet beskrivs rapportens två delsyften; att belysa kunskapsläget hos hälso- och sjukvårdspersonal inom Region Skåne gällande tortyr och dess konsekvenser, samt att presentera ett faktaunderlag som svarar på ett antal frågeställningar om tortyr och dess konsekvenser. I rapportens olika kapitel presenteras teoretiska avsnitt med fokus på vad forskning, beprövad erfarenhet samt nationella och internationella riktlinjer och konventioner säger om tortyr och dess fysiska, psykiska och psykosociala konsekvenser. I och med detta anses det andra delsyftet besvarat och rapporten kan läsas och förstås som en del av en kunskapshöjande insats i Region Skåne.

Fokus i detta avslutande kapitel är kunskapsläget bland hälso- och sjukvårdspersonal i Region Skåne. I kapitlet besvaras kartläggningens inledande frågor, sedan diskuteras hur rapportresultaten kan integreras i projekt DIKT. Vissa delar av det som framkommer i denna kartläggning ligger utanför projektets ramverk, men väl inom Region Skånes uppdrag. Dessa delar återupptas i projektets avslutningsfas, i samband med framtagandet av slutrapport.

I denna kartläggning undersöks det självskattade kunskapsläget i fråga om; vad tortyr innebär, vilka hälsokonsekvenser tortyr har, hur tortyröverlevare identifieras och hur tortyrskador dokumenteras i hälso- och sjukvården. Vidare undersöks hälso- och sjukvårdspersonalens behov av stöd och utbildning för att kunna bemöta tortyröverlevare på bästa sätt. Det görs också nedslag i andra regioners arbete med frågor som rör tortyr.

Kartläggning av kunskap

Kunskapskartläggningen bygger på drygt 1500 enkätsvar från hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar inom ett flertal olika verksamheter; vårdcentral, barn- och vuxenpsykiatri, tandvård, kvinnosjukvård, barnmorskemottagning, barnsjukvård, barnvårdscentral, ungdomsmottagning, smärtmottagning eller övrig primärvård. Resultatet bygger också på tio intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal inom olika vårdverksamheter i Region Skåne.

I både enkätsvar och intervjuer framgår att hälso- och sjukvårdspersonal saknar tillgång till specialistmottagningar eller andra instanser dit de kan hänvisa tortyrutsatta patienter, utöver Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torturerade och BUP trauma. Dessutom är väntetiderna för att få behandling på Röda Korsets behandlingscenter årlånga. Att hälso- och sjukvårdspersonalen enligt egen utsago saknar remissvägar eller möjliga vårdinsatser för att behandla tortyrskador gör att

det finns anledning att fundera över om tillgången till vård för tortyrutsatta brister. I enkät svar och intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal framgår också att det finns önskemål om en ökad samverkan, både inom hälso- och sjukvården och gentemot andra parter, såsom socialtjänsten. Detta för att göra vården mer enhetlig och sammanhållen för målgruppen. De kunskapsområden som undersöks i denna kartläggning kan kategoriseras under följande ämnen som i hög grad påverkar varandra: tortyr och dess konsekvenser, identifiering och dokumentation.

TORTYR OCH DESS KONSEKVENSER

På frågan om hur respondenterna skattar sin kunskap om vad tortyr är bedömer över hälften sin kunskap som medelgod eller över och resterande hälften menar att de har låg eller mycket låg kunskap. Vad innebär detta resultat? Eller för att uttrycka det annorlunda, är det bra eller dåligt att hälften av hälso- och sjukvårdspersonalen skattar sin kunskap medelgod eller över medan hälften skattar den som låg eller mycket låg? Till att börja med går det att konstatera att svaren är likartade inom de områden som efterfrågas i kartläggningen, det går att se liknande resultat vad gäller respondenternas självskattade kunskap om tortyrens fysiska, psykiska och psykosociala hälsokonsekvenser.

Vad gäller de fysiska och psykosociala hälsokonsekvenserna anser ungefär hälften av respondenterna sig ha en kunskapsnivå som är låg eller mycket låg och andra hälften skattar sin kunskap som medelgod eller hög. Resultatet för kunskapsnivån om psykiska hälsokonsekvenser skiljer sig något från de andra, då drygt 60 procent skattar sin kunskap som medelgod eller bättre.

Det som gör det svårt att svara på huruvida detta är bra eller dåligt är dels att det inte finns något jämförelsematerial, dels att det inte är alldeles självklart hur hälso- och sjukvårdspersonal ska ha tillgodosett sig kunskap om konsekvenserna av tortyr. Det ingår inte nödvändigtvis i några grundutbildningar och tortyr som företeelse uppfattas inte alltid som ett tydligt medicinskt område. Om frågan hade varit hur hälso- och sjukvårdspersonalen skattar sin kunskap om exempelvis diabetes eller hjärt-kärlsjukdomar, hade ett liknande resultat gissningsvis setts som tämligen dåligt.

Kanske går det inte att svara på om dessa resultat är bra eller dåliga, utan snarare är det viktiga att belysa att de stora skillnaderna i kunskapsnivå bland hälso- och sjukvårdspersonal gör att det är sannolikt att hälso- och sjukvården missar patienter med fysiska eller psykiska skador som beror på tortyr. Denna slutsats förstärks av att de respondenter som genomsnittligt bedömer sin kunskapsnivå om tortyr som högre, oftare anger att de möter patienter med besvär som kan bero på tortyr (från några gånger i månaden till några gånger i veckan). Konsekvensen av de stora skillnaderna i kunskapsnivå kan på så vis få stora effekter för denna patientgrupp.

Knappt hälften av respondenterna anger att de aldrig möter patienter med besvär som kan bero på tortyr eller att de inte vet om de gör det. Respondenterna som svarar på detta sätt skattar generellt också sin kunskap om tortyr och dess konsekvenser lågt. Yrkeskategorin tandvårdspersonal är överrepresenterad bland de som svarar aldrig och vet ej. I ljuset av ovanstående resultat som visar på stora skillnader i kunskapsnivå

bland hälso- och sjukvårdspersonalen finns det anledning att peka på att bristen på kunskap sannolikt också leder till brister vad gäller hälso- och sjukvårdens förmåga att upptäcka dessa patienter.

Det verkar därmed som att hälso- och sjukvårdspersonalen underskattar hur många patienter de möter som kan ha utsatts för tortyr. Detta resultat måste förstås i den kontext som de resterande enkätsvaren utgör. Kunskapsnivån om vad tortyr är, vilka hälsokonsekvenser det har och hur tortyröverlevare kan identifieras påverkar förmodligen hur ofta respondenterna uppfattar att de träffar patienter med besvär som kan bero på tortyr.

Vad gäller den självskattade kunskapen, är skillnaderna generellt förhållandevis små mellan olika yrkesgrupper och verksamheter. Socionomer och kuratorer skattar sin kunskapsnivå något högre än andra yrkesgrupper och till viss del gör även psykologer och psykoterapeuter det. Generellt skattar tandvårdspersonal sin kunskap som låg gällande tortyr och hälsokonsekvenser av tortyr. Det rör sig dock om små skillnader och materialet är inte tillräckligt omfattande för att dra några långtgående slutsatser av detta. Det har utifrån resultatet således inte gått att dra några generella slutsatser om att vissa yrkesgrupper eller vissa verksamhetsområden har en högre kunskapsnivå. Istället är svaren från de respondenter som har högre kunskapsnivå spridda i organisationen. Utifrån detta förefaller det därför som om den högre uppskattade kunskapsnivån är personbunden. Det kan i sig vara en viktig lärdom för det innebär att kunskaps- höjande insatser bör vara generella, snarare än att riktade mot vissa yrkesgrupper eller verksamhetsområden.

IDENTIFIERING OCH DOKUMENTATION

Kunskapsnivån om vad tortyr är och hur tortyr kan påverka hälsan utgör områden som är relativt teoretiskt präglade. Om vi istället ser på resultaten vad gäller de mer praktiska områdena, identifiering och dokumentation, ser det annorlunda ut. Endast en dryg procent av respondenterna i vår enkät instämmer helt i att de har den kunskap de behöver för att upptäcka patienter som utsatts för tortyr. Lite fler, knappt sju procent, tycker att de i hög grad har den kunskapen. Detta innebär att färre än en av tio tycker att de i stor utsträckning eller helt har den kunskap de behöver för att identifiera patienter som utsatts för tortyr. Detta är ett anmärkningsvärt resultat, särskilt i beaktande av att enkäten gick ut till verksamheter som Kunskapscentrum migration och hälsa bedömer sannolikt möter tortyröverlevare: primärvård (undantaget palliativ vård och avancerad sjukvård i hemmet), barn och vuxenpsykiatri, tandvård, barnsjukvård, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, smärtmottagningar och kvinnosjukvård. Det är också allvarligt mot bakgrund av forskning som visar att patienter som utsatts för tortyr ofta undviker att prata om vad de har blivit utsatta för och upplever en hög tröskel för att söka hjälp för sina besvär (Wenzel, Kastrup, & Eisenman, 2007). Hälso- och sjukvårdspersonal behöver därför kunskap om hur de identifierar denna patientgrupp.

Ett sätt att identifiera patienter som utsatts för tortyr är att rutinmässigt fråga om detta. Enkätresultaten visar dock att endast en av tjugo (sex procent) av respondenterna svarar ja på frågan om de rutinmässigt frågar patienter med erfarenhet av flykt och konflikt om de har utsatts för tortyr. Sex av tio (58 procent) svarar nej och

resterande (36 procent) svarar att de inte brukar fråga specifikt om tortyr, men om tidigare våldsutsatthet. I både de öppna enkätsvaren och intervjuerna framkommer en oro inför att fråga om tortyr och flera uttrycker att det saknas verktyg för att göra det på ett väl underbyggt sätt. Samtidigt upplever patienter ofta det som svårt att berätta om tortyrupplevelser. Det finns därmed en risk att tortyröverleverare inte identifieras om frågan inte ställs av hälso- och sjukvårdspersonalen.

Utifrån intervjuerna och enkätsvaren går det att utläsa normativa tendenser kring vem som tillfrågas om tortyr, exempelvis menar några respondenter att det inte är relevant att fråga barn och kvinnor, då de antas utsättas för tortyr mindre utsträckning eller inte alls. Ett sätt att systematisera identifieringen av tortyroffer är att screena för tortyr, exempelvis genom hälsoundersökningar för asylsökande med flera. En sådan screening skulle också kunna minska risken för att missa tortyroffer som inte faller inom normen för vem som utsätts för tortyr. I nuläget ställs ingen sådan fråga inom ramen för hälsosamtalen i Region Skåne, däremot ingår frågan i flera andra regioners anvisningar.

Vad gäller dokumentation är det färre än en av tjugo (strax över fyra procent) av enkätrespondenterna som svarar att de har medverkat till att skriva ett intyg om tortyrrelaterade besvär för asylsökande patienters räkning. Få känner till att ett sådant intyg finns och vad det har för syfte och funktion. Även i dessa svar framgår att bilden av att vilka som utsätts för tortyr behöver breddas, då en del av respondenterna svarar att intyg inte har varit relevant då de främst möter barn och/eller kvinnor. Något som också behöver förtydligas är att vilken läkare som helst kan skriva ett intyg om att en patients skador kan bero på tortyr. Det är inte nödvändigt att läkaren säkerställer detta, utan det viktiga är att läkaren menar att de skador eller besvär patienten har *kan vara* resultatet av tortyr. I och med det inträder Migrationsverkets utredningsansvar.

I enkätundersökningen ligger fokus på dokumentation av tortyrskador för asylsökande patienter. Läkrintyg som indikerar att en patient kan ha utsatts för tortyr kan som tidigare nämnt stor roll i asylprocessen. Det är samtidigt viktigt att återigen understryka att även personer som befunnit sig i Sverige länge har rätt till dokumentation och behandling av sina skador, kunskapen om detta är dock inte något som har undersökts inom ramen för denna undersökning.

Sammanfattningsvis är den självskattade teoretiska kunskapsnivån om vad tortyr är och vilka konsekvenser tortyr får för hälsan varierande bland hälso- och sjukvårdspersonal. Det verkar finnas stor spridning i kunskapsnivå och kunskapen förefaller vara personbunden och inte kopplad till yrkes- eller verksamhetstillhörighet. Det är tydligt att hälso- och sjukvårdspersonalen i allmänhet inte anser sig ha den kunskap som behövs för att kunna identifiera tortyröverlevare, vilket är grundläggande för att dessa patienter ska få adekvat behandling. Vidare visar denna kartläggning att både identifieringen och möjligheten att få sina tortyrskador dokumenterade påverkas av den normativa bilden av vem som utsätts för tortyr och att det i nuläget saknas stöd och verktyg för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna arbeta med detta på ett systematiskt och väl underbyggt sätt.

Hur resultatet integreras i projektet

Resultaten från *Vad vi vet om tortyr och dess konsekvenser - En kunskapskartläggning inom hälso- och sjukvården i Region Skåne* är tänkt att ligga till grund för projekt DIKT:s fortsatta arbete i Region Skåne. På följande punkter kommer kartläggningsresultatet att integreras i projektet:

VÅRDPROGRAM

I enkäten riktad till regioner ställs frågan om regionen har vårdprogram eller riktlinjer gällande tortyrrelaterade besvär. Hälften av regionerna svarar nej, medan tre regioner har riktlinjer beslutade på regional nivå och en region har riktlinjer på lokal nivå. I nuläget har Region Skåne inget vårdprogram som explicit berör tortyrskador. Att ta fram ett vårdprogram är något som planeras som del av projekt DIKT. Resultatet i rapporten visar att det saknas tydlig och sammanhållen information om hur tortyröverlevare bör bemötas i hälso- och sjukvården. Dessa erfarenheter ska tas tillvara i arbetet med att ta fram ett vårdprogram. Följande delar bör ingå i vårdprogrammet:

- Information om tortyr och dess hälsokonsekvenser.
- Vägledning för att identifiera tortyröverlevare, inklusive hur hälso- och sjukvårdspersonal kan fråga om tortyr.
- Vägledning för att dokumentera tortyrskador. Detta material bör inkludera instruktioner för att skriva läkarintyg till Migrationsverket gällande asylsökande som uppvisar symtom och skador som kan bero på att patienten har varit utsatt för tortyr.
- Vägledning gällande vilken sorts behandling och vård som rekommenderas för tortyrrelaterade besvär.
- Tydliggörande av remissvägar till fler vårdinstanser än BUP trauma och Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade.
- Vägar för att synliggöra tortyrrelaterade vårdåtgärder i journalsystem. Tydliga funktioner bör finnas i journalsystem och kommande digitaliseringar där inhämtande av statistik möjliggörs.

UTBILDNING SAKKUNNIGA

Som del i att ta fram ett vårdprogram planeras bildande av en sakkunniggrupp av vårdpersonal från olika prioriterade verksamheter. Denna grupp ska vara delaktig i framtagandet av vårdprogrammet och kommer vid projektets slut besitta kunskap inom respektive medicinskt område i relation till tortyrskador. Under implementeringsfasen av vårdprogrammet spelar sakkunniggruppen en viktig roll. Förhoppningen är att sakkunniggruppen kan fungera som ett konsultativt team för övrig vårdpersonal även efter projektets avslut. Kartläggningen är en form av vägledning gällande sammansättning av sakkunniggruppen, men också angående inriktning och innehåll på gruppens fortbildning:

- Sakkunniggruppen bör bestå av yrkesverksamma inom följande verksamheter: primärvård, tandvård och verksamheter som bedöms vara viktiga remissinstanser, till exempel smärtmottagningar, psykiatriska mottagningar och gynekologiska mottagningar.
- Utbildningsinsatserna som riktas till sakkunniggruppen behöver utvidga den normativa föreställningen om vem som utsätts för tortyr, så att fler tortyröverlevare kan identifieras.

INFORMATIONSMATERIAL

Inom ramen för projekt DIKT tas också informationsmaterial fram. Utifrån hälso- och sjukvårdspersonalens svar i enkäter och intervjuer framgår att många önskar följande material som stöd i sitt arbete:

- Stödmaterial i form av checklistor och screeningverktyg, för att underlätta för hälso- och sjukvårdspersonal att tidigt identifiera tortyröverlevare. Detta material skulle med fördel kunna skapas som en bilaga till tidigare nämnt vårdprogram.
- Ta fram informationsmaterial till patienter och anhöriga på olika språk, i syfte att stödja patienter i att våga prata med hälso- och sjukvårdspersonal om tortyrupplevelser.

AVSLUTNINGSVIS OM DIKT, KUNSKAPSCENTRUM MIGRATION OCH HÄLSA OCH REGION SKÅNE

DIKT-projektet är treårigt och syftar till att stärka hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper gällande dokumentation, identifiering och kunskap om tortyr. Kartläggningen är en del av den första av tre etapper. I den andra etappen är fokus på fortbildning av hälso- och sjukvårdspersonal gällande tortyrskador samt att etablera en sakkunniggrupp. I den tredje etappen avslutas projektet genom att bland annat ta fram ett vårdprogram så att kunskapen som tagits fram inom DIKT införlivas och långsiktigt finns kvar i Region Skåne.

Förhoppningen är att genom DIKT-projektet öka hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap om identifiering av tortyrutsatta patienter. Det kommer i sin tur att leda till en ökning av behandlingsbehov av fysiska och psykiska tortyrskador. För att hantera detta behövs en ökad kunskap om tortyr och behandling av tortyrrelaterade besvär inom flera vårdinstanser i Region Skåne, så att de kan bemöta denna målgrupps behov.

Inom DIKT finns resurser för att hantera en större utbildningssatsning, det pågår redan fortbildningar riktad till hälso- och sjukvårdspersonal i Region Skåne och under etapp två kommer detta arbete att intensifieras. Tanken är också att sakkunniggruppen ska leva kvar och vara ett fortsatt stöd för hälso- och sjukvårdspersonal. Inom ramen för Kunskapscentrum migration och hälsas ordinarie uppdrag finns också resurser för att kontinuerligt genomföra viss fortbildning inom området.

För Region Skåne som organisation är det viktigt att ha beredskap för att såväl primärvården som specialistmottagningar med spetskunskap om behandling av tortyröverlevare kan komma att se en ökning av patienter som utsatts för tortyr. Detta är en aspekt att ha i åtanke på strategisk nivå vid resurstilldelning och långsiktig planering. Under arbetet med DIKT planeras en avslutande rapport och i den lyfts ytterligare rekommendationer till Region Skåne på strategisk nivå vad gäller hälso- och sjukvård för patienter som har utsatts för tortyr. Inom ramen för projektet DIKT finns således en struktur för att kontinuerligt driva frågan inom organisationen under de tre år projektet pågår.

Det finns också aspekter kring identifiering och behandling av tortyröverlevare som inte bara handlar om Region Skåne utan om strukturer för hälso- och sjukvården nationellt. Som framkommer i rapporten är det svårt att i nuläget veta var och i vilken mån tortyröverlevare identifieras i hälso- och sjukvården. Detta hade varit viktig kunskap inte bara i Region Skåne utan även på nationellt, för att på aggregerad nivå kunna följa gruppen patienter som utsatts för tortyr. En översyn gällande hur tortyrrelaterade vårdåtgärder kan synliggöras i journalsystem, genom till exempel en KVÅ-kod, skulle vara gynnsamt för det fortsatta arbetet både i Region Skåne och inom hälso- och sjukvården i Sverige.

Litteraturförteckning

- Afana, A. H. (2009). Weeping in silence: the secret sham of torture among Palestinian children. *Torture*, 19(2), 67-175.
- Avigad, J., & Zohreh, R. (2004). Impact of rape on the family. In M. Peel (Ed.), *Rape as a Method of Torture*. (p 119-133). London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture.
- Amnesty International & REDRESS. (2011). *Gender and torture. Conference report*. London: Amnesty International.
- Amnesty International. (2001). *Crimes of hate, conspiracy of silence: Torture and ill-treatment based on sexual identity*. London: Amnesty International.
- Amnesty International. (2014). *Torture in 2014: 30 years of broken promises*. London: Amnesty International.
- Burnett, A., & Peel, M. (2001). The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ*, 322, 606-609.
- Clark, P. (2004). Women who are raped in. In M. Peel (Ed.), *Rape as a Method of Torture*. (p 43-61). London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture.
- Crosby, S. S., Norredam, M., Paasche-Orlow, M., Piwowarczyk, L., Heeren, T., & Grodin, M. (2006). Prevalence of torture survivors among foreign-born patients presenting to an urban ambulatory care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 21(7), 764–768.
- de C Williams, A. C., & Baird, E. (2016). Special Considerations for the Treatment of Pain from Torture and War. *Current Anesthesiology Reports*, 6(4), 319–326.
- Eisenman, D. P., Keller, A., & Kim, G. (2000). Survivors of torture in a general medical setting: how often have patients been tortured, and how often is it missed? *The Western Journal of Medicine*, 172(5), 301–304.
- Europarådet. (2010). *Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna*. Strasbourg: Europarådet.
- Europaparlamentet. (2013). *Europaparlamentet och rådets direktiv 2013/33/EU. Europarådet och rådets direktiv 2013/33/EU av den 26 juni 2013 om normer för mottagande av personer som ansöker om internationellt skydd (omarbetning)*. Bryssel: Europaparlamentet.
- Gonsalves, C.J., Torres, T.A., Fischman, Y., Ross, J., & Vargas, M.O. (1993). The theory of torture and the treatment of its survivors: An intervention model. *Journal of Traumatic Stress* 6, 351-365.
- Hexom, B., Fernando, D., Manini, A., & Beattie, L. (2012). Survivors of torture: prevalence in an urban emergency department. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 19(10), 158–1165.
- Human Rights Centre. (2015). *The Torture Reporting Handbook: How to document and respond to allegations of torture within the international system for the protection of human rights*. Colchester: University of Essex. Hämtat från <https://www1.essex.ac.uk/hrc/documents/practice/torture-reporting-handbook-second-edition.pdf>

- Høyvik, A., Lie, B., & Willumsen, T. (2019). Dental anxiety in relation to torture experiences and symptoms of post-traumatic stress disorder. *European Journal of Oral Sciences*, 127(1), 65-71.
- International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT). (2009). Psychological evaluation of torture allegations. A practical guide to the Istanbul Protocol – for psychologists. (2 ed). Copenhagen: International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT).
- Lipsius Hincheli, N., Brasholt, M., Aon, M., Cakal, E., Modvig, J., & Warborg Larsen, M. (2018). DIGNITY Fact Sheet Collection HEALTH #8 POSITIONAL TORTURE. Hämtat från <https://www.dignity.dk/wp-content/uploads/fact-sheet-health-8-positional-torture.pdf> den 12 02 2020
- Migrationsverket. (2012). RCI 20/2012. Rättsligt ställningstagande angående medicinska utredningar av återopade skador. Hämtat från <http://lifos.migrationsverket.se/dokument?documentSummaryId=27933>
- Migrationsverket. (2017). Inkomna ansökningar om asyl, 2016. Hämtat från <https://www.migrationsverket.se/download/18.2d998ffc151ac3871592560/1485556054299/Inkomna%20ans%C3%B6kningar%20om%20asyl%202016%20-%20Applications%20for%20asylum%20received%202016.pdf>
- Migrationsverket. (2018). Sammanfattning av EU-domstolens dom den 24 april 2018 i mål C-353/16 (stora avdelningen). (M P mot Secretary of State for the Home Department). Hämtat från <https://lifos.migrationsverket.se/dokument?documentSummaryId=41428>
- Miles, S. H., & Garcia-Peltoniemi, R. (2012). Torture survivors: what to ask, how to document. *The Journal of Family Practice*, 61(4), E1-E5.
- Moreno, A., & Grodin, M. (2002). Torture and its neurological sequelae. *Spinal Cord* 40(5), 213-223.
- Möller, N., Petrini, I., & Gustavsson, U. (2017). Krig, tortyr och flykt: vad gör det med människan och hur vi kan hjälpa (1 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Olsen, D. R., Montgomery, E., Bøjholm, S., & Foldspang, A. (2006). Prevalent musculoskeletal pain as a correlate of previous exposure to torture. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(5), 496-503.
- Peel, M., Lubell, N., & Beynon, J. (2005). Medical Investigation and Documentation of Torture: A Handbook for Health Professionals. Colchester: Human Rights Centre, University of Essex.
- Quiroga, J. (2009). Torture in children. *Torture*, 19(2), 66-87.
- Regeringskansliet (1986). Konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. (ID-nummer: SÖ 1986:1). Hämtad 2020-10-25 från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/sveriges-internationella-overenskommelser/1994/01/so-19861/>
- Region Skåne. (2018). Överenskommelse om idéburet offentligt partnerskap. Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. Kristianstad: Region Skåne.
- Region Skåne. (2019a). Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2020. Kristianstad: Region Skåne.
- Region Skåne. (2019b). Provtagning vid hälsoundersökning av nyanlända migranter. Hämtad 2020-10-06 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/vard-personer-fran-andra-lander/migration-och-asyl/region-skane-provtagning-vid-halsundersokning-av-nyanlanda-migranter-2019.pdf>

- Röda Korset. (2015). Tortyrskador under asylprocessen under lupp. Hur värderas tortyrskador i den svenska asylprocessen och vad krävs för att få skydd? Hämtat från <http://d20tdhwx2i89n1.cloudfront.net/image/upload/gprtiqctpat3ihyvplfb.pdf>
- Röda Korset. (2016). Nyanlända och asylsökande i världen. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1. Stockholm: Röda Korsets Högskola.
- Seidlitz, M. (2019). Asylrätt: en praktisk introduktion (2 uppl.). Stockholm: Norstedts juridik.
- SFS 2005:716. Utlänningslagen. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2016:1358. Lag om ändring i lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Sigvardsson, E., Vaez, M., Rydholm Hedman, A.-M., & Saboonchi, F. (2016). Prevalence of torture and other war-related traumatic events in forced migrants: A systematic review. *Torture*, 26(2), 41-73.
- Socialstyrelsen. (2014). Vård för papperslösa: Vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015). Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) – bakgrund och förklarande information. Hämtad 2020-09-19 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/klassifikationer-och-koder/kva-inledning-och-beskrivning-2015.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020a). Vilken vård ska en region erbjuda asylsökande och papperslösa? Hämtad 2020-09-25 från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/asylsokande-och-andra-flyktingar/halsovard-och-sjukvard-och-tandvard/erbjuden-varld/>
- Socialstyrelsen. (2020b). Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning. (Svensk version 2020). Hämtad 2020-09-16 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2020-2-6570.pdf>
- Spissu, C., De Maio, G., Van den Bergh, R., Ali, E., Venables, E., Burtscher, D., Ponthieu, A., Ronchetti, M., Mostarda, N., & Zamatto, F. (2018). It never happened to me, so I don't know if there are procedures": identification and case management of torture survivors in the reception and public health system of Rome, Italy. *Torture Journal*, 28(2), 38-55.
- Toivonen, T., & Toivonen, S. (2014). Utsatt för tortyr: att möta och rehabilitera traumatiserade flyktingar. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Towers, R., Reventlow, M., de Rengervé, H., & de Witte, M. (2013). Recognising victims of torture in national asylum procedures. A comparative overview of early identification of victims and their access to medico-legal reports in asylum-receiving countries. Köpenhamn: International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT). Hämtat från https://irct.org/assets/uploads/pdf_20161120143448.pdf

- United Nations Committee Against Torture (CAT). (2012). General comment no. 3, 2012 : Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: implementation of article 14 by States parties. Geneva: United Nations Human Rights Council.
- United Nations Human Rights Council. (2016). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. A/HRC/31/57. Geneva: United Nations Human Rights Council.
- United Nations Human Rights Council. (2018). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. A/HRC/37/50. Geneva: United Nations Human Rights Council.
- United Nations General Assembly. (1984). Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2004). Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment ("Istanbul Protocol"), 2004, HR/P/PT/8/Rev.1. Geneva: UN Office of the High Commissioner for Human Rights.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2017). Torture victims in the context of migration: identification, redress and rehabilitation. Report on the Third Annual Expert Workshop. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights.
- Warborg Larsen, M. M., Aon, M., Modvig, J., Brasholt, M., & Michaelsen, L. (2018). Hämtad 2020-02-20 från DIGNITY Fact Sheet Collection HEALTH #7 ASPHYXIATION (DRY). Hämtat från <https://www.dignity.dk/wp-content/uploads/fact-sheet-health-7-asphyxiation-dry.pdf>
- Warborg Larsen, M. M., Appel, A., Aon, M., Modvig, J., Brasholt, M., Van Den Bergh, B., & Catovic, A. (2018). DIGNITY Fact Sheet Collection HEALTH #1 FALANGA. Hämtad 2020-02-20 från <https://www.dignity.dk/wp-content/uploads/fact-sheet-health-1-falanga.pdf>
- Warborg Larsen, M. M., Modvig, J., Brasholt, M., Aon, M., Van den Bergh, B., & Cakal, E. (2018). Dignity - Telefono. Hämtad 2020-02-20 från <https://www.dignity.dk/en/dignitys-work/health-team/torture-methods/telefono/>
- Wenzel, T., Kastrup, M., & Eisenman, D. (2007). Survivors of Torture: A Hidden Population. In P. F. Walker & E. D. Barnett (Eds.), *Immigrant Medicine*. (p. 653–663). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.
- Williams, A., Peña, C., & Rice, A. (2010). Persistent pain in survivors of torture: a cohort study. *J Pain Symptom Manage*, 40(5), 715-722.
- Willumsen, T. (2001). Dental fear in sexually abused women. *European Journal of Oral Sciences*, 109(5), 291-296.
- World Medical Association. (1975). WMA Declaration of Tokyo – Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment. Hämtad 2020-09-03 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/>

BILAGA 1. ENKÄTUTSKICK OCH INTERVJUER

Samtliga respondenter hade möjlighet att själva välja om de ville delta i enkätundersökningen. Det har inte varit möjligt att styra vilka av de som fått enkäten som väljer att svara. Det har inte heller gått att styra att svaren blir jämnt fördelade mellan verksamheterna.

Det är tänkbart att intervjudeltagarna är mer intresserade av ämnet än ett genomsnitt av de som svarat på enkäten. Dock var intervjudeltagarnas självrapporterade kunskaper skiftande, vilket talar för att det åtminstone inte enbart var de redan initierade som valde att delta i intervju. Eftersom det rör sig om ett fåtal personer som medverkar i intervjuerna är någon generaliserbarhet inte möjlig att göra utifrån intervju svaren. Perspektiven från kliniskt verksam personal bidrar dock med en fördjupning i rapporten av upplevelser och erfarenheter.

Intervjuer genomfördes med en sjuksköterska och en fysioterapeut verksamma på vårdcentral, en tandläkare inom Folktandvården, en kurator och en psykolog på BUP-mottagning, fyra läkare verksamma inom kvinnosjukvård, psykiatri och primärvård, samt en sjuksköterska på BVC.

KATEGORISERINGAR AV VERKSAMHETER OCH YRKEN

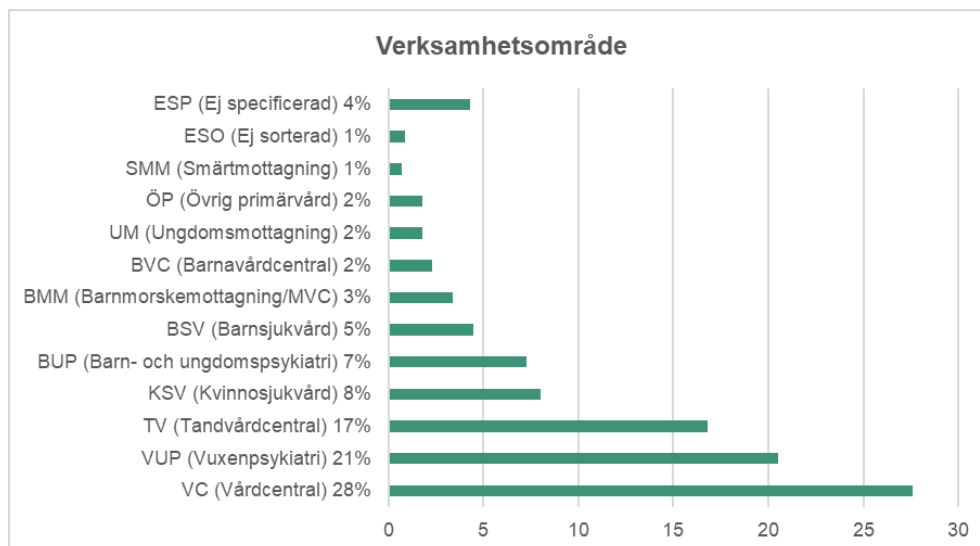
I redovisningen av resultatet visas hur respondenternas självskattade kunskapsnivå fördelar sig utifrån yrkesområde. Respondenterna ombads uppge arbetsplats som fritextsvar i visst format enligt exemplet ”Vårdcentralen Södervärn i Malmö”. Svaren kom dock att variera så pass mycket att alla inte gick att kategorisera till ett verksamhetsområde. Svar som ”SUS” eller ”Avd 89” kom att sorteras in i kategorierna ”Ej sorterad” och ”Ej specificerad”. Dessa redovisas i enkäten, men det går inte att dra några slutsatser utifrån dem.

I kategoriseringen av yrkesroller där det finns många specialiseringar görs breda grupperingar, till exempel anges endast grupper som ”läkare” och ”sjuksköterskor” oavsett specialiseringar inom yrket. Undersköterskor och skötare grupperas tillsammans, samma sak med yrkena socionom och kurator. Gruppen psykologer/psykoterapeuter utgörs huvudsakligen av psykologer men även de personer som endast uppger sitt yrke som psykoterapeut är inräknade här. Övrig primärvård utgörs av personer inom primärvården som inte är verksamma på en vårdcentral, till exempel rehabenheter.

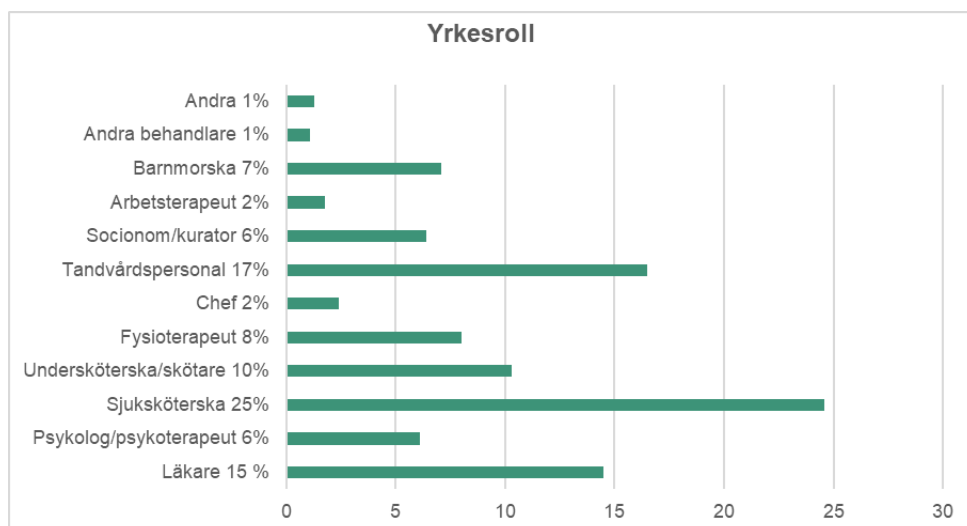
I två grupper kategoriseras alla som inte passar i någon annan yrkeskategori och som till antalet är för få för att utgöra en egen grupp. ”Andra behandlare” inrymmer alla som på något sätt kan ha en behandlande funktion men inte passar in i någon annan kategori. Det är exempelvis kiropraktor, familjebehandlare, sexolog, dietist och ospecificerade terapeuter. Gruppen ”andra” innehåller alla yrken som inte är behandlare, som exempelvis biomedicinsk analytiker, sjukhuspastor, rehabiliteringskoordinator och klinksamordnare.

RESPONDENTERNAS VERKSAMHETS- OCH YRKESOMRÅDEN

Nästan två tredjedelar, cirka 65 procent, av respondenterna arbetar inom tandvård, vuxenpsykiatri eller på en vårdcentral. Lägg också den fjärde och femte största gruppen till, som är kvinnosjukvård och BUP, så är det tillsammans cirka 80 procent av alla respondenter. De övriga åtta kategorierna utgörs således av de resterande 20 procenten av enkätens respondenter.



De tre yrkesgrupperna med flest respondenter är grupperna sjuksköterska, läkare och tandvårdspersonal som tillsammans utgör strax över hälften, knappt 56 procent. Andelen sjuksköterskorna är överlägset flest, och utgör ungefär en fjärdedel av alla svarande.



TRANSKRIBERING OCH CITERINGAR

Samtliga intervjuer har transkriberats. När citat används har mindre redigeringar gjorts för att göra texten mer läsvänlig. Vid citering av de tio informanter som intervjuas till rapporten anges yrke och verksamhetsområde. Utöver dessa så förekommer det i rapporten delar av de fritextsvar som lämnats i enkäterna. Mindre språkfel i dessa har redigerats. Dessa citat står utan en specifik avsändare, men i anslutning till citaten anges i texten varifrån de har hämtats.

BILAGA 2. ENKÄT RIKTAD TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL I REGION SKÅNE

DIKT, Dokumentation, identifiering och kunskap om tortyr, är ett projekt med syfte att utveckla vården till tortyroffer. Genom att förbättra förutsättningarna för identifiering och dokumentation av tortyrskador kan vi inom hälso- och sjukvården bli bättre på att ge rätt behandling till personer som blivit utsatta för tortyr. Projektet DIKT drivs av Region Skånes Kunskapscentrum migration och hälsa och pågår fram till 2022. Du kan läsa mer om projektet på Skane.se/dikt

Tortyr är ett brott mot mänskliga rättigheter och innebär att en eller flera personer på eget bevåg eller på order från någon auktoritet medvetet och systematiskt tillfogar en individ fysisk eller psykisk smärta. Syftet kan vara att kränka, utöva påtryckningar, avskräcka från aktivitet eller att få information eller ett erkännande, men det kan också finnas andra anledningar.

Dina svar på denna enkät är av mycket stor vikt för att projektets syfte ska uppfyllas och vi är därför väldigt tacksamma att du tar dig tid att fylla i den. Enkäten består av 13 frågor, varav merparten är flerval-frågor.

NÅGRA FRÅGOR OM DIN BAKGRUND

1. Var arbetar du (exempelsvar Vårdcentralen Södervärn i Malmö)?
2. Vad är din yrkesroll?
3. Hur länge har du arbetat i din yrkesroll?
 - Mindre än ett år
 - 1–3 år
 - 4–9 år
 - 10–19 år
 - 20 år eller mer

FRÅGOR OM DINA ERFARENHETER

4. Hur ofta möter du patienter med besvär som kan bero på tortyr? *
 - Aldrig
 - Någon eller några gånger om året
 - Någon eller några gånger i månaden
 - Någon eller några gånger i veckan
 - Dagligen
 - Vet ej
5. Frågar du rutinmässigt patienter som har flytt på grund av exempelvis konflikt eller förföljelse om de har utsatts för tortyr (vid exempelvis nybesök, inskrivning på avdelning eller hälsoundersökningar)?
 - Ja
 - Nej
 - Jag brukar inte fråga specifikt om tortyr, men om tidigare våldsutsatthet.
6. Vilka förutsättningar skulle underlätta för dig att ställa frågor om tortyr i ett vårdmöte?

7. Har du någon gång medverkat till att skriva ett intyg om förmodade tortyrrelaterade besvär till Migrationsverket?

- Ja, gå vidare till fråga 8.
 Nej

7.1. Om nej, berätta gärna varför det inte har varit aktuellt.

FRÅGOR OM DIN KUNSKAPSNIVÅ

8. Hur bedömer du din kunskapsnivå om vad tortyr är?

Låg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hög

9. Hur bedömer du din kunskapsnivå om fysiska hälsokonsekvenser av tortyr?

Låg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hög

10. Hur bedömer du din kunskapsnivå om psykiska hälsokonsekvenser av tortyr?

Låg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hög

11. Hur bedömer du din kunskapsnivå om psykosociala konsekvenser av tortyr (exempelvis hur familj och omgivning kan påverkas)?

Låg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hög

INSTÄMMER DU ELLER INSTÄMMER DU INTE MED FÖLJANDE PÅSTÅENDEN:

12. Jag har den kunskap jag behöver för att upptäcka patienter som har utsatts för tortyr.

- Instämmer helt
Instämmer i hög grad
Instämmer delvis
Instämmer i låg grad
Instämmer inte alls

13. Jag vet vilka insatser jag kan initiera när jag fått reda på att en patient har utsatts för tortyr.

- Instämmer helt
Instämmer i hög grad
Instämmer delvis
Instämmer i låg grad
Instämmer inte alls

AVSLUTNINGSVIS

14. Finns det något övrigt som du vill tillägga?

Lämna gärna din epost-adress nedan om du är intresserad av att delta i en intervju där vi fördjupar oss lite mer i dina erfarenheter. Det går även bra att göra intervjun via Skype!

BILAGA 3. ENKÄT RIKTAD TILL REGIONER

DIKT, Dokumentation, identifiering och kunskap om tortyr, är ett projekt med syfte att utveckla vården för tortyröverlevare. DIKT drivs av Region Skånes Kunskapscentrum migration och hälsa och pågår fram till 2022.

Tortyr är ett brott mot mänskliga rättigheter och innebär att en eller flera personer på eget bevåg eller på order från någon auktoritet medvetet och systematiskt tillfogar en individ fysisk eller psykisk smärta. Syftet kan vara att kränka, utöva påtryckningar, avskräcka från aktivitet eller att få information eller ett erkännande, men det kan också finnas andra anledningar.

I projektets första etapp genomförs en kartläggning inom hälso-och sjukvården i Region Skåne för att undersöka kunskapsläget om tortyr. Som del i kartläggningen vill vi även undersöka hur andra regioner arbetar med denna fråga. De svar du ger representerar hela regionen.

På denna webbsida hittar du mer information om projektet och kontaktuppgifter till oss på Kunskapscentrum migration och hälsa: www.skane.se/dikt

Vi vore mycket tacksamma om du vill svara på några frågor om hur den region du jobbar inom arbetar med patienter som har utsatts för tortyr.

1. Vilken region arbetar du i?

2. Finns det inom regionen vårdprogram eller riktlinjer om tortyrrelaterade besvär?

- Ja, det finns riktlinjer som är beslutade på regional nivå
- Ja, men enbart på lokal nivå
- Nej
- Övrigt:

3. Används KVÅ-koden Y07.3 i journalen när en patient har utsatts för tortyr?

- Ja
- Nej - gå vidare till fråga 4.

3.1. Om ja, används KVÅ-koden i regionens kvalitetsarbete (exempelvis genom statistik)?

- Ja
- Nej

4. Ingår frågor om tortyrutsatthet i din regions anvisningar för hälsoundersökningar av asylsökande med flera?

- Ja
- Nej

5. Finns det information om tortyrrelaterade besvär på regionens webbplatser eller andra informationskanaler?

- Ja
- Nej - gå vidare till fråga 6.

5.1. Om möjligt: länka gärna till den information om tortyrrelaterade besvär som finns tillgänglig på regionens webbplatser eller andra informationskanaler.

6. Finns det några instruktioner, anvisningar eller riktlinjer gällande läkarintyg om tortyrrelaterade besvär inom regionen?

- Ja
- Nej

6.1. Om möjligt: Länka gärna till de instruktioner, anvisningar eller riktlinjer gällande läkarintyg om tortyrrelaterade besvär som finns inom regionen.

7. Vilken eller vilka mottagning(ar) gör tortyrskadeutredningar enligt Istanbulprotokollet i regionen?

8. Erbjuder regionen utbildning till hälso-och sjukvårdspersonal i frågor som rör tortyr?

- Ja
- Nej

8.1. Om ja, exemplifiera gärna vilka yrkesgrupper utbildningen riktas till.

9. Övrigt som du vill tillägga?

Region Skåne
Kunskapscentrum migration och hälsa
Skane.se/kcmigrationhalsa

