

Fastlegers erfaringer med torturutsatte pasienter

Hanna Fesseha og Abinaya Anpalagan

Hovedveileder: Dr. Anette Bringedal Houge

Biveileder: Dr. Louise Emilsson



Prosjektoppgave

Institutt for klinisk medisin

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Januar 2023

Copyright © Forfattere

År: 2023

Tittel: "Fastlegers erfaringer med torturutsatte pasienter"

Forfattere: Abinaya Anpalagan, Hanna Fesseha

Hovedveileder: Dr. Anette Bringedal Houge

Biveileder: Dr. Louise Emilsson

FORORD

Vi vil gjerne rette en stor takk til våre informanter for deres deltakelse i prosjektet. Spesielt vil vi takke vår hovedveileder Dr. Anette Bringedal Houge for hennes engasjement, oppmuntring og grundige veiledning. Vi vil også rette en stor takk til vår biveileder Dr. Louise Emilsson. Vårt håp er at prosjektet vil gi verdifull innsikt og bane vei for ytterligere forskning innen feltet, slik at torturofre får sin rettmessige behandling i helsevesenet.

ABSTRACT

Background: In 2020, Norwegian Red Cross uncovered "fragmented and person-dependent" identification and rehabilitation practices of torture victims in Norway in their report "Tortured and forgotten" (Lønning et al., 2020). Despite the legal requirements imposed by laws and conventions, Norway has failed to implement effective measures to meet the humanitarian needs of torture victims. Descriptive of the situation is a lack of systematization in the identification and rehabilitation work. The report, which mainly relies on interviews in the specialist health service, further highlights the lack of knowledge in the following aspects: competence, education, professional environments and implementation of protocols. The report also highlighted the need to further map the lack of a GP perspective in this work (Lønning et al., 2020).

Objective: The purpose of this thesis is to shed light on the following issues: How the health care system in Norway is organized in relation to torture victims, and in what ways the GPs in Oslo take care of refugee patients in cases of suspected torture. Attempts will be made to answer the last question in light of Lipsky's street level bureaucracy, a sociological model that offers a useful conceptual framework for understanding GP's knowledge, practice and discretion.

Methods: In this thesis, we combine a review of both scientific publications and grey literature on how the health care system in Norway is organised in relation to torture victims and their rights with a limited interview study with GP's in Oslo. Each individual was invited to reflect on their own knowledge and practice. This is an exploratory thematic pilot analysis with two purposes: investigate the possibility of conducting this type of study, as well as what the interviews can bring of knowledge and understanding of the field. Our study is based on a limited selection of GPs as the purpose is to shed light on and gain insight into the topic as a pilot study.

Results: Our findings indicate that there is a lack of knowledge in the identification, assessment and treatment of torture victims among the GPs interviewed, despite existing laws and protocols. The informants emphasise an inadequately adapted Norwegian health service when dealing with torture victims.

Conclusion: This thesis is a pilot study intended to inspire and inform further studies. Our informants propose the establishment of specialised centres for qualified care of torture victims. We had severe recruitment challenges and only a limited number of GPs participated. We understand this limitation of our study as a result of the so-called GP crisis. With expanding responsibilities, GPs have limited time for research participation - perhaps particularly participation in student led projects. Yet, considering our extensive recruitment efforts, we are concerned that limited participation by GPs in research may produce knowledge gaps in important fields.

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	3
ABSTRACT	4
INNHALDSFORTEGNELSE	6
1. INTRODUKSJON	8
1.1 Bakgrunn for prosjektet	8
1.2 Begrepsavklaring	9
1.3 Teoretisk rammeverk	10
2. METODE	12
2.1 Søkeord	12
2.2 Søkestrategi	13
2.3 Artikkelinkludering	15
2.4 Tilleggssøk	16
2.5 Rekruttering av fastleger	17
2.6 Intervju	20
2.7 Etisk klarering	22
3. FUNN	23
3.1 Litteraturgjennomgang	23
Organisering av helsevesenet i Norge	23
Jurdiske forpliktelser og protokoller	24
Identifikasjon, dokumentasjon, rehabilitering i Norge og andre land	26
3.2 De kvalitative intervjuene	31
Kompetanse	31
Begrepsforståelse	31
Kjennskap til retningslinjer og protokoller	31
Utdanning	32
Etterutdanning	32
Guidelines	33
En typisk torturpasient	33
Vanlige problemstillinger	33
Den torturutsattes helsekompetanse	34
Språk og bruk av tolk	35
Praksis	35
Fastlegeordningen: tid og arbeidsmengde i møte med torturofre	36
Tilnærming og relasjonsbygging	37

Fastleges ansvar, samarbeid og behandlingserfaringer	38
Potensiell organisering	39
Tilretteleggingen av helsevesenet for torturutsatte	40
4. DISKUSJON	41
4.1 Metodediskusjon	41
4.3 Konklusjon	49
5. REFERANSER	51
6. APPENDIX	58
6.1 Vedlegg 1: Infoskriv med samtykkeskjema	58
6.2 Vedlegg 2: Intervjuguide	60

1. INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Røde Kors avdekket i 2020, “en fragmentert og personavhengig” identifiserings- og rehabiliteringspraksis av torturutsatte i Norge i rapporten “Torturert og glemt” (Lønning et al., 2020). Til tross for de juridiske kravene som stilles gjennom lover- og konvensjoner, har ikke Norge klart å implementere effektive tiltak som imøtekommer de torturutsattes humanitære behov. Beskrivende for situasjonen er en manglende systematisering i identifiserings- og rehabiliteringsarbeidet. Rapporten som i hovedsak beror på intervjuer i spesialisthelsetjenesten, belyser videre følgende mangelfohold som begrensende i innsatsen for torturutsatte: kompetanse, utdanning, fagmiljøer og iverksetting av protokoller. Rapporten belyste også behovet for å videre kartlegge det manglende fastlegeperspektivet i dette arbeidet (Lønning et al., 2020)

Denne oppgaven har som formål å belyse følgende problemstilling: *På hvilke måter ivaretar Oslos fastleger flykningspasienter ved mistanke om tortur?* For å kunne gå inn i den problemstillingen på en hensiktsmessig måte var det nødvendig å først undersøke og forstå hvordan helsevesenet i Norge er organisert med tanke på potensielt torturutsatte flyktninger. Dette gjorde vi gjennom en litteratur review basert på et strukturert søk i MEDLINE kombinert med gjennomgang av relevant grå litteratur fra NGOer, forskningsinstitusjoner og statlige organer. På bakgrunn av kunnskapen dette genererte inviterte vi fastleger i Oslo til å dele sine perspektiver i helsevesenet som sådan. Hver enkelt ble invitert til å reflektere over egen kunnskap og praksis i møte med denne voksende pasientpopulasjon. Dette er en eksplorativ tematisk pilotanalyse med to formål: hva intervjuene kan bringe av kunnskap og forståelse for feltet samt undersøke muligheten for gjennomføringen av denne typen studien. Vi baserer oss på et begrenset utvalg av fastleger med den hensikt å belyse og få innblikk i tematikken som pilotstudie. I utgangspunktet skulle vi intervjuer 20 fastleger, men grunnet rekrutteringsvansker måtte vi basere studien på svært få intervjuer. Ettersom hensikten er å belyse og utforske tema og metode med tanke på videre forskning, er utvalget likevel verdifullt. Resultatene vil ikke være allmenngyldige, men utforskende. Vårt mål er å skape begrunnende ansatser til videre forskning.

Problemstillingen skal forsøkes besvart i lys av Lipsky's street level bureaucracy, en sosiologisk modell, som tilbyr et nyttig begrepsapparat i forståelsen av fastlegetjenestens rammer. Vi redegjør for hvordan teorien om bakkebyråkratene er nyttig for vår studie i neste kapittel.

1.2 Begrepsavklaring

I artikkel 1 av FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (Lovdata, 1984), også omtalt som Torturkonvensjonen, defineres begrepet tortur som "bevisste handlinger som gir en person alvorlig fysisk eller psykisk smerte for å få informasjon, true eller straffe personen eller en tredjeperson. For at det skal regnes som tortur må handlingen påføres av, eller med tillatelse fra, en offentlig tjenesteperson eller annen som opptrer i embedets medfør." (FN-Sambandet, 2022). Hva gjelder forbudet, er alle stater forpliktet til å hindre og forebygge tortur og annen umenneskelig behandling (Houge & Lønning, 2021). Til tross for et absolutt forbud, utøves tortur i et alarmerende antall stater, og i de fleste konflikter som driver mennesker på flukt. I Norge anslås at hvertfall 10 000 med fluktbakgrunn har vært utsatt for tortur før ankomst (Lønning et al., 2020), som vil si at flere profesjonsutøvere vil møte torturofre i deres yrke også i Norge (Houge & Lønning, 2021). Følgelig, er god kunnskap om de komplekse ettervirkningene av tortur, nødvendig i arbeidet med identifisering, utredning og behandling av torturoverlevende.

Tortur kan påvirke flere av livets aspekter; "fysiske, psykologiske, sosiale, relasjonelle, spirituelle, politiske og det biologiske", hvorav de psykiske konsekvensene kan ha større ringvirkninger enn de fysiske. Rehabilitering av denne pasientgruppen beskrives derav som "et holistisk prosjekt". Det vektlegges at behandlingen skal omfavne alle perspektiver tilknyttet individet, blant annet nærmiljø og samfunn (Lønning et al., 2020).

1.3 Teoretisk rammeverk

Michael Lipsky presenterer i 1969 en sosiologisk teori som forsøker å forklare forholdene en bakkebyråkrat (street level bureaucrat) arbeider under (Cooper et al., 2015). Bakkebyråkrater defineres som alle førstelinjearbeidere, herunder politibetjenter, lærere og andre offentlige tjenestepersoner som samhandler direkte med landets innbyggere. Enn videre er skjønnsutøvelsen fremtredende i deres arbeid (Lipsky, 1980, s11). Lipsky understreker at bakkebyråkraters ønske om å levere fullgode tjenester til hver enkelt klient, møtes av inadekvate ressurser hva gjelder tid, økonomi og tilgang til tjenester. Det som beskrives som “Bakkebyråkratenes fundamentale tjenestedilemma” [oversatt], oppstår når bakkebyråkraten forsøker å opprettholde tjenester til en omfattende klientkrets, samtidig som man ønsker å legge til rette for individbasert tjenesteytelse (Finlay & Sandall, 2009). Bakkebyråkratenes funksjon som talsmann for samfunnets innbyggere utfordres. På grunn av dette tjenestedilemmaet vil mange bakkebyråkrater prioritere og favorisere “enkle”, altså ressurs sparende, klienter. De med mer sammensatte problemstillinger nedprioriteres. Prinsippet om likestilte tjenester er vanskelig å etterleve når ressursene ikke strekker til (Cooper et al., 2015).

I denne studien trekker vi på Lipsky’s bakkebyråkrati-teori og begrepsapparatet som følger med for å belyse fastlegers praksis i møte med torturutsatte pasienter. Den såkalte fastlegekrisen (Den norske legeforening, n.d.), samt forskning på fastlegeordningens rammer i Norge, gjør det nærliggende å tenke på fastleger som en type bakkebyråkrater i det norske helsevesenet: Fastlegene har gjerne store pasientlister, og skal yte direkte helsehjelp og utøve en viktig funksjon i koordineringen av instanser. Rollen kan beskrives ved at fastlegene har en “gatekeeperfunksjon” til andre helsetjenester som sekundærhelsetjenesten og andre sosiale tjenester som NAV. I lys av fastlegekrisen, rapporterer fastlegene om stadig større og tidkrevende administrative oppgaver som går på bekostning av kjerneoppgaver i møte med den enkelte pasient (Theie et al., 2018). “Truer med å gi kollaps”, “ønsker seg et mer forutsigbart og familievennlig arbeidsliv”, er blant de ordene som brukes i mediene for å beskrive presset på fastlegeordningen (Skonnord & Brekke, 2022). Undersøkelser viser at fastlegene i gjennomsnitt arbeider 55,6 timer per uke (Menon Economics et al., 2018). Tid er derfor en knapp ressurs. Skjønnsutøvelse (discretion) er helt sentralt i teorien om SLB, og er tenkt som en arbeidsstrategi i

en hverdag med “økt arbeidsbelastning, komplekse oppgaver og tvetydige resultatmål” [oversatt] (Cooper et al., 2015). Hvordan påvirker en slik arbeidshverdag fastlegenes mulighet til å identifisere og følge opp potensielt torturerte flyktningpasienter?

Med utgangspunkt i litteraturen og intervjuer med fastleger vil vi utforske hvilke rammer som legger føringer for hvordan fastleger arbeider med og forstår denne pasientgruppen. Med utgangspunkt i teorien om bakkebyrkratens rammevilkår og litteraturgjennomgangen om tortur, inviterte vi informantene våre til å reflektere over selve fastlegeordningen, organiseringen av helsevesenet, og hvordan fastleger avdekker og møter torturutsatte pasienters rehabiliteringsbehov.

2. METODE

Oppgaven er en sammenfatning av kvalitative intervjuer med fastleger i Oslo og litteraturstudie basert på et strukturert søk i MEDLINE kombinert med en gjennomgang av relevant grå litteratur fra NGOer, forskningsinstitusjoner og statlige organer. Vi vil først redegjøre for litteraturgjennomgangen som omfatter kunnskapsstatusen i Norge og naboland, inkludert organisering av helsetjenestetilbudet for torturutsatte, og deretter gangen i de kvalitative intervjuene.

2.1 Søkeord

Med litteraturstudie menes en oppsummering av tilgjengelig litteratur innen et tema. I denne oppgaven er temaet tortur. For å belyse tematikken vår best mulig har vi kombinert et søk i MEDLINE med gjennomgang av relevant grå litteratur. Vi ønsket å finne litteratur som omhandlet identifisering og behandling av pasientgruppen i Norge og omkringliggende land, for å så kunne stille dette opp mot informantenes erfaringer og refleksjoner i de kvalitative intervjuene. Dette for å belyse fastlegeperspektivet, da fastlegene mulig er det viktigste og kanskje primære møtetpunktet for de torturutsatte.

P: Populasjon	I: Fenomenon av interesse	Co: Kontekst
Helsevesen	Torturutsatte pasienter	Norway
Health care	Experiences (mp.) / Deres erfaringer/ refleksjoner over	Skandinavia + UK

Tabell 1: PICO tabell

For å forenkle arbeidet med søket ble verktøyet PICO anvendt, et akronym for henholdsvis Populasjon, Fenomen av interesse (Interest) og Kontekst (Context). Helsevesenet ble valgt som Populasjon, da dette er gruppen vi ønsker å utforske. Fenomenet av interesse er de torturutsatte pasienter, og fastlegenes refleksjoner av og erfaringer med denne pasientgruppen. Konteksten

settes til Norge og utvides til Skandinavia og England (UK). Den begrenses ikke kun til Oslo slik problemstillingen er formulert under, nettopp for å få et bredere litteraturreff.

På hvilke måter ivaretar Oslos fastleger flykningspasienter ved mistanke om tortur?

2.2 Søkestrategi

Vi utførte et søk i den mest sentrale medisinske helsefaglige basen vi har, MEDLINE. Søket ble gjort 7. januar 2022, og omfattet i hovedsak identifiseringen og behandlingen av torturutsatte i de nevnte landene.

Emneord og tekstord ble utformet og arrangert i etterfølgende tabell (Tabell 2):

MEDLINE	
MeSH	
Populasjon	Torture, Refugees, “Emigrants and Immigrants”
Helsevesen og behandling	Professional practice, General practitioners, General practice, Family practice, Physicians, Family, Physicians, Primary care, Clinical competence, Primary care, Primary health care, Nurses, Community health, Community health services, Community mental health Services, Rehabilitation, Rehabilitation centers, Psychiatric rehabilitation Rehabilitation research, Quality of health care
Kontekst	Norway, Scandinavian and Nordic Countries, Sweden, Denmark, United Kingdom England

Tekstord

Tortur*, Refugee*, Emigrant*, Immigrant*, immigration, asylum seeker, displaced people
Professional practice, general practitioner, general practice, family practice, family physician,
Physician, primary care, primary health care, community health, community health service,
community mental health service, rehabilitation, treatment, rehabilitation centers, psychiatric
rehabilitation, rehabilitation research, quality of health care

Norway, Scandinavia, Sweden, Denmark, United Kingdom, England

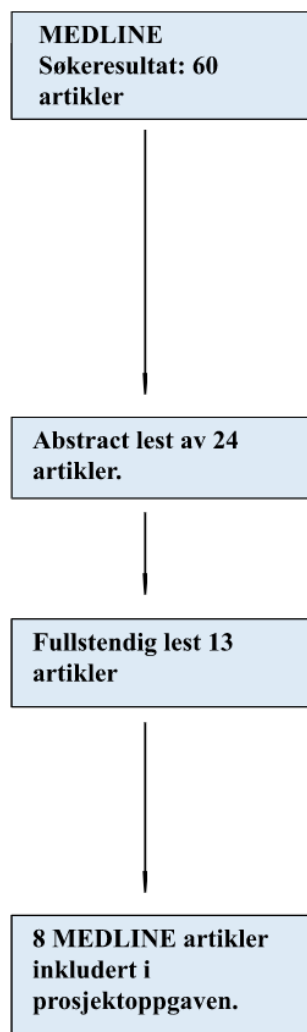
Ved kombinasjon av nevnte emne- og tekstord endte vi opp med denne søkealgoritmen (Figur 1):

▼ Search History (6)			
<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results
<input type="checkbox"/>	1	Torture/ or Tortur*.mp.	3298
<input type="checkbox"/>	2	Refugees/ or refugee*.mp. or ("Emigrants and Immigrants"/ or emigrant*.mp. or immigrant*.mp.) or (Immigration/ or immigration.mp.) or Asylum seeker.mp. or Displaced people.mp.	70324
<input type="checkbox"/>	3	Professional practice/ or Professional practice.mp. or (General practitioners/ or general practitioner*.mp. or general practice/ or general practice*.mp. or family practice/ or family practice.mp. or Physicians, Family/ or family physician*.mp. or Physicians, Primary care/ or Physician*.mp. or clinical competence/ or (primary care/ or primary care.mp. or Primary health care/ or primary health care.mp.) or (nurses, Community health/ or community health.mp.) or (community health services/ or community health service*.mp.) or (community mental health services/ or community mental health service*.mp.) or (rehabilitation/ or rehabilitation.mp. or treatment.mp. or rehabilitation centers/ or rehabilitation centers.mp. or psychiatric rehabilitation/ or psychiatric rehabilitation.mp. or rehabilitation research/ or rehabilitation research.mp. or quality of health care/ or quality of health care.mp.)	6451811
<input type="checkbox"/>	4	Norway/ or Norway.mp. or (Scandinavia.mp. or "Scandinavian and Nordic Countries"/) or (Sweden.mp. or Sweden/ or (Denmark/ or Denmark.mp.) or (United Kingdom/ or United Kingdom.mp. or England/ or England.mp.)	590362
<input type="checkbox"/>	5	1 and 2 and 3 and 4	60

Innenfor hver kategori ble hver av MeSH-termene kombinert med samsvarende tekstord, ved bruk av den boolske operatoren "OR". Deretter ble hver av PICO kategoriene kombinert med "AND". Sluttresultatet ble seksti artikler. Her fikk vi også bistand fra en bibliotekar fra Medisinsk bibliotek Rikshospitalet (Prosjektoppgaveklinikken) i hvordan å sette opp søket, slik at vi fikk mest mulig treff på artikler som omhandlet vår problemstilling.

2.3 Artikkelinklusjon

Med et utgangspunkt på 60 artikler endte vi opp med åtte artikler. Grunnlaget for første seleksjonsprosess var relevante overskrifter for PICO formuleringen, samt problemstillingen vår. Av de 24 gjenstående artiklene gikk vi deretter videre med å lese abstract som også sammenfalt med problemstillingens rammer. Resterende 13 artikler ble videre lest i sin helhet, og totalt 8 artikler ble inkludert i vår litteraturreview. Inklusjonskriteriene som ble brukt i vurderingen av aktuelle artikler ble satt til alle etnisiteter og begge kjønn hva gjelder torturutsatte. Både skandinaviske og engelskspråklige artikler ble inkludert for bredere litteraturreff. Artikler som utelukkende tok for seg av torturutsatte barn, ble ekskludert fra litteraturutvalget.



Figur 2: Flytskjema for MEDLINE artikler

2.4 Tilleggssøk

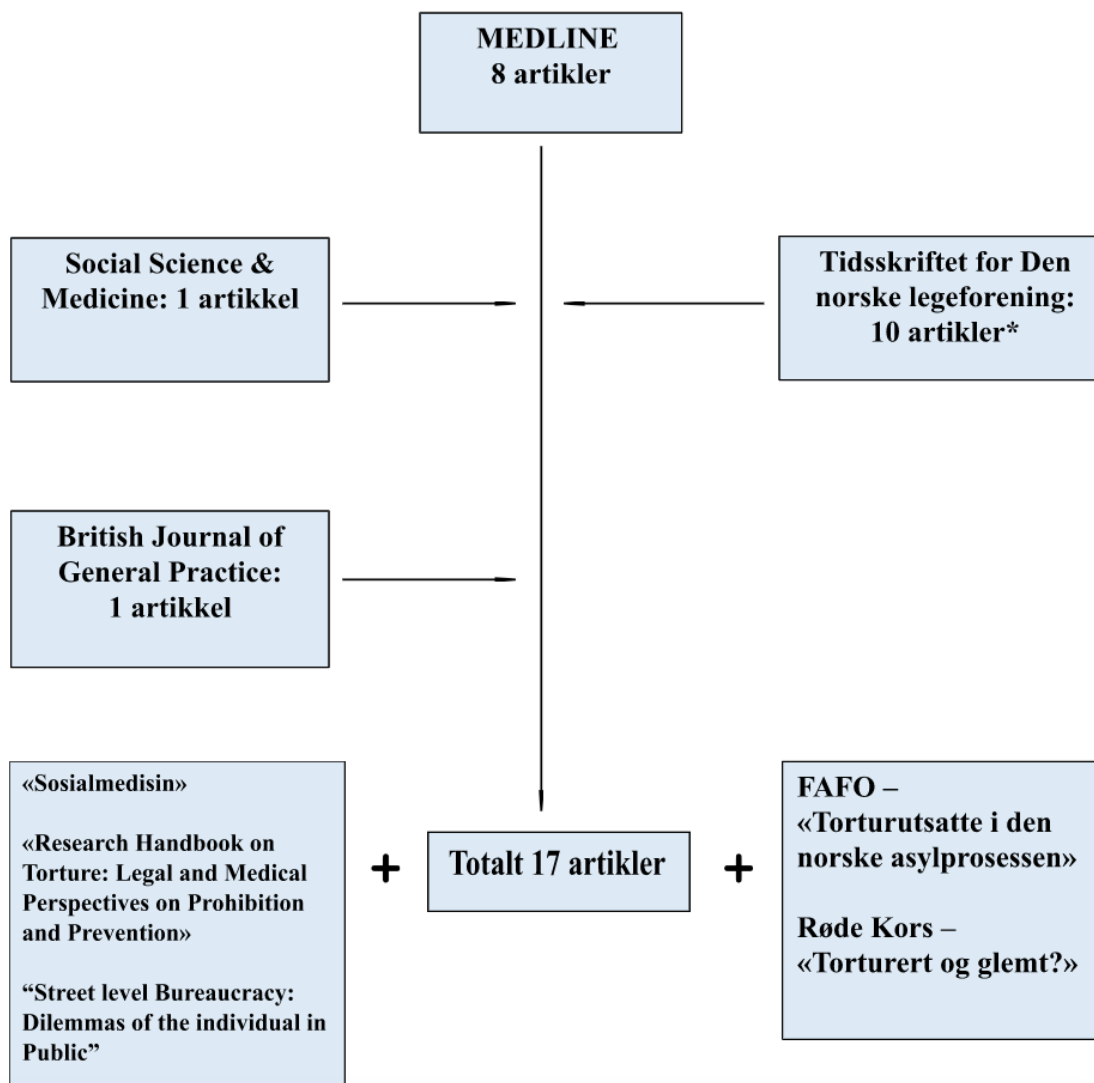
Mange av artiklene fra MEDLINE viste seg å være fra Tidsskriftet for Den norske legeforening. Dermed utførte vi et separat søk på dette tidsskriftet for å se om det var mulig å finne flere relevante artikler. Da utførte vi to søk (dato for søk: 12.01.22): Ved bruk av søkeordet “Tortur”, huket av for søk i tittel/sammendrag og i engelske artikler, fikk vi 20 treff. Den påfølgende eksklusjonen av artikler var basert på tittel, innledning og sammendrag. Syv artikler ble så inkludert, hvorav 3 overlappet med artikkelfunn i databasen, MEDLINE. Søk etter forfatter, “Sverre Varvin”, spesialist i psykiatri m/engasjement for flyktninger, resulterte i totalt tjuetre artikler (Heszlein-Lossius, 2019). Tre av artiklene var av relevans, særlig hva gjelder flyktningspasienten.

For å innhente informasjon vedrørende det teoretiske rammeverket, Street level bureaucracy (SLB) av Lipsky, ble det utført søk i tidsskrifter som tar for seg helsetematikk fra et samfunnsvitenskapelig utgangspunkt, etter anbefaling fra hovedveileder. Hovedveileder kom med forslag på diverse sosiologiske og psykiatriske tidsskrift som omhandlet tematikken, og som kunne hjelpe oss med å danne et kunnskapsgrunnlag for å benytte SLB i oppgaven vår. Søkeordene “street level bureaucrat, general practitioners” ble benyttet ved søk i tidsskriftet Social Science & Medicine, hvorav én artikkel viste seg å være av relevans. I British Journal of General Practice ble det søkt på “street level bureaucracy” som også resulterte i én artikkel. Snøballmetoden ble så tatt i bruk etter gjennomlesning av sistnevnte artikkel. Totalt tre kilder ble inkludert for å belyse det teoretiske rammeverket.

Dessuten ble det også brukt bøker i forbindelse med prosjektet. I redegjørelsen av helsevesenets organisering i Norge ble “Sosialmedisin” anvendt (Mæland et al., 2013). Ytterligere ble følgende bok benyttet i relasjon til torturtematikken: “Research Handbook on Torture: Legal and Medical Perspectives on Prohibition and Prevention” (Evans & Modvig, 2020).

Som nevnt innledningsvis tar oppgaven utgangspunkt i Røde Kors-rapporten, “Torturert og glemt?” (Lønning et al., 2020). Rapporten beror hovedsakelig på intervjuer i spesialisthelsetjenesten, og bekjentgjør et behov for å kartlegge det manglende fastlegeperspektivet. Fafo-rapporten ved navn “Torturutsatte i den norske asylprosessen - En

utredning av Norges forpliktelser, og anbefalinger til praksis”, var også av betydning i utarbeidelsen av oppgaven, da den ga verdifull informasjon om hvordan torturutsatte identifiseres og utredes i asylprosessen (Dinardi et al., 2021).



Figur 3: Flytskjema for kildeinnhenting.

Oversikt over hvilke databaser, tidsskrifter, bøker og rapporter som er brukt i besvarelsen.

* Tre overlapp med MEDLINE artikler

2.5 Rekruttering av fastleger

Fastleger er kjent for å være en vanskelig gruppe å rekruttere deltakere fra til forskningsformål (Skonnord & Brekke, 2022) Det viste seg også å være en stor utfordring for vårt prosjekt, til tross for fleksibelt rekrutteringsformat og vår standhaftighet. Det er vanskelig å opparbeide kunnskap om en yrkesgruppes arbeid og vilkår uten å få arbeidsgruppen selv i tale. Det gjelder utover torturtematikken. Vi redegjør derfor i detalj for rekrutteringsstrategi- og utfordringer.

Infoskriv

Det ble i første omgang utformet et infoskriv med tilhørende samtykkerklæring (Vedlegg 1). Infoskrivet med overkrift “Fastlegers praksis i møte med torturutsatte pasienter” sammenfattede informasjon om prosjektets formål, ansvarlige for forskningsprosjektet, personvern, praktisk informasjon og kontaktpersoner.

Utvalgsstrategier

Vi ønsket i utgangspunktet å snakke med fastleger som arbeidet i bydeler med ulik andel innvandrere med flyktningebakgrunn for å eventuelt se om erfaring og kunnskap varierte med dette. Vi startet med å få en oversikt over antall bydeler i Oslo med en inndeling i østlige og vestlige bydeler. Vi ønsket å snakke med 20 fastleger i Oslo likt fordelt på Øst- og Vestkant. Dette da den statistiske andelen av innvandrere og flyktninger varierer med de ulike bydelene. Prosjektet ble satt til Oslo primært fordi dette er bo- og utdanningsstedet til begge hovedforfattere, og antallet begrunnes i prosjektoppgavens tidsramme.

I rapporten “Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldres fordeling på kommunenivå” fremkommer det at over 177 000 innvandrere er etablert i Oslo, som tilsvarer en fjerdedel av byens befolkning. Spredningen av innvandrere innad i Oslo følger hovedsakelig “den tradisjonelle østvest-oppdelingen av byen, men ikke alltid”. Høyest konsentrasjon finner vi i øst og sør-øst, hvor enkelte bydeler utnevner seg: Stovner, Søndre Nordstrand, Alna, Grorud. Motsatt finner vi færre innvandrere i vestlige bydeler, slik som Nordstrand, Vestre Aker, Nordre Aker og Ullern. De to overnevnte inndelingene viser altså en skjevfordeling med henholdsvis 35% og 19% innvandrere (Gulbrandsen et al., 2021).

Denne inndelingen omfatter indre øst (Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene), ytre øst (Alna, Bjerke, Grorud, Stovner, Søndre Nordstrand og Østensjø), indre vest (Frogner og St. Hanshaugen), samt ytre vest (Nordre Aker, Vestre Aker, Ullern og Nordstrand) (Gulbrandsen et al., 2021). Deretter tok vi i bruk HelseNorges “Bytte fastlege” funksjon for å en oversikt over fastleger i bydelene. Vi sikret et tilfeldig utvalg ved at de 10 første fastlegene i hver av bydelene ble plukket ut etter visse inklusjons- og eksklusjonskriterier; Deltakeren skulle ha minst 5 års erfaring som praktiserende fastlege. Fastleger som var ute i permisjon, var vikar for en annen lege, eller delte liste med kollega ble ekskludert fra oppgaven.

For de utvalgte fastlegene kontaktet vi så deres tilhørende legekontorer per telefon i januar 2022, med ønske om å få direkte telefonisk kontakt med potensielle kandidater. Flertallet av helsesekretærene meldte da i fra om at vi heller burde sende informasjon per mail, grunnet stor belastning av med mer eller mindre eksplisitt referanse til fastlegekrisen. Dessuten fikk vi også enkelte ganger direkte avslag fra helsesekretærer, hvor begrunnelsen var overarbeidede leger. Vi valgte derfor å utvide listen over potensielle kandidater samt redusere intervju tiden fra 90 minutter til maks 45 minutter. Vi kontaktet alle 172 legekontorer i Oslo per telefon. Kun 3 fastleger bekreftet sin deltakelse (fastleger.no, n.d.).

Da vi ikke fikk nok respons per telefon og mail, bestemte vi oss for å møte opp fysisk. Vi fikk direkte kontakt med enkelte leger, hvorav ytterligere 2 stk bekreftet deltakelse, mens resterende ba om betegnningstid eller ga umiddelbart avslag. I de tilfellene vi ikke fikk direkte kontakt med fastlegene, valgte vi å legge igjen infoskriv i skranken. Etter mangel på kontakt tok vi for oss enda en ringerunde. Denne gang fikk vi utelukkende avslag.

I et desperat forsøk på å nå ønsket antall informanter, utvidet vi søket til å inkludere områder i Viken: Lillestrøm, Strømmen, Lørenskog, Rælingen. Her brukte vi både telefonisk og fysisk rekruttering. Dessverre var det ingen som ønsket å delta i pilotstudien vår.

Samlet satt vi igjen med fem kandidater etter første rekrutteringsperiode. I mai tok vi kontakt med de fem for å avtale tidspunkt for intervju. Tre av de bekreftede meldte da avslag grunnet stor arbeidsbelastning. Dermed satte vi i gang en ny rekrutteringsprosess per telefon til fastlegene i

Oslo, hvor vi fikk tre nye deltakere. Vi fikk gjennomført 5 intervjuer, altså en kraftig reduksjon fra antall ønskede kandidater i utgangspunktet. For de bekreftede informantene benyttet vi oss også av snøballmetoden, uten hell.

Beskrivelse av utvalg og bydeler

De 5 utvalgte kandidatene tilhørte tre bydeler: Frogner, Nordstrand og Stovner bydel. Bydelene har henholdsvis 28%, 17% og 59% innvandrere. Kun én kandidat utøver sin praksis i Oslo øst (Gulbrandsen et al., 2021).

Hver av fastlegene hadde 2-3 bekreftede torturutsatte pasienter på sin liste. Deltakerne hadde altså mange års erfaring, store lister og var over 50 år gamle.

	Kjønn	Bydel	Antall år som praktiserende lege	Spesielt engasjement	Listestørrelse	Alder
1	Mann	Frogner	> 20	Nei	>1400	60+
2	Mann	Nordstrand	> 20	Nei	< 1400	60+
3	Mann	Frogner	> 20	Nei	> 1400	60+
4	Kvinne	Stovner	> 20	Nei	< 1400	50+
5	Kvinne	Frogner	> 20	Nei	< 1400	60+

Tabell 3: Informasjon om utvalget. Nøyaktig antall listestørrelse oppgis ikke av hensyn til personvern. Alle fastlegene har derimot over 1000 pasienter på sin liste.

2.6 Intervju

Valg av metode

Da vi ønsket å utforske fastlegenes erfaringer og holdninger rettet mot pasientgruppen, ble det mest hensiktsmessig å ta i bruk en kvalitativ metode. Det presiseres at oppgaven er en eksplorativt pilotstudie som skal gi oss en innsikt hvordan identifiseringen og behandlingen av

torturoverlevende er i primærhelsetjenesten i dag. Det ble utført 5 semistrukturerte intervjuer ved bruk av en intervjuguide.

Utarbeidelse av intervjuguide

Intervjuguiden (Vedlegg 2) ble utformet i flere trinn. Det ble skrevet flere utkast, hvor vi til slutt endte opp med et kondensert sett av spørsmål, sett i lys av tidsbegrensninger. Sluttresultatet ble så spørsmål fordelt på 4 følgende hovedkategorier:

1. *Praktisk informasjon*
2. *Generell kunnskap*
3. *Egne erfaringer*
4. *Potensiell organisering*

For å åpne opp for refleksjon ble det lagt vekt på at flertallet av spørsmålene skulle være av den åpne typen. Det ble også inkludert mer konkrete spørsmål der det falt naturlig. Intervjuguiden var i hovedsak ment som et rammeverk for samtale og som støtte for fastlegenes egne refleksjoner. Informasjon fra litteraturgjennomgangen lagde et grunnlag for utformingen av spørsmålene i intervjuguiden. Videre har veileder, og en psykiater (anonymisert) med særlig interesse for pasienter med minoritetsbakgrunn, vært avgjørende for valg av viktige samtaleemner.

Gjennomføring av intervju og dataanalyse

Grunnet coronasituasjonen og fleksibilitet med hensyn til fastlegenes arbeidspress ble 4 av 5 intervjuer avholdt per zoom. Vi tilbydde ved å avholde intervju både på dag- og kveldstid, og etter endt arbeidshverdag. Alle intervjuene ble gjennomført av begge oppgaveforfattere i samarbeid. Gjennomsnittlig varighet av intervjuene var 45 minutter. I forkant av intervjustart ble det på nytt gitt informasjon om prosjektets formål og det ble gitt anledning til å stille spørsmål. Informantene ble deretter bedt om å avgi et muntlig samtykke. Det ble så gitt informasjon om bruk av lydopptak for etterfølgende transkribering, og understreket at opptak slettes ved prosjektets slutt. Vi presiserte viktigheten av anonymisering av pasienteksempler før opptaksstart. Det ble også understreket at vi ikke ønsket å møte dem med en forutinntatthet om

manglende kunnskap vedrørende tematikken, men snarere å åpne rommet for refleksjon. Det presiseres at hensynet med oppgaven var å utforske deres erfaringer og refleksjoner rundt pasientgruppen, og ikke belære.

Lydopptakene ble utført via zoom, Quick-time player og mobil og slettet umiddelbart etter transkribering. Opptaket ble i første omgang transkribert ordrett og verbatim. Det ble ikke markert pauser og annen non-verbal kommunikasjon. Det ble ikke benyttet transkripsjonsverktøy, da det var overkommelig å transkribere de fem intervjuene på egenhånd. Det gjorde i sin tur at ideprosessen kunne starte allerede i transkriberingsarbeidet. Dessuten ble vi oppmerksomme på forbedringspotensiale etter endt transkribering av første opptak, og kunne ta med oss endringer i intervjuteknikk i samtalen med de ytterligere informantene. Helt konkret: mer bruk av åpen spørsmålsstilling og bevisste pauser for å stimulere til refleksjon. For ikke å forstyrre informanten, ble det ikke tatt notater underveis. Etter verbatim transkripsjon, ble rådata lest i sin helhet for å få bedre kjennskap til materialet. Sitatene gjengis ordrett i oppgaven.

2.7 Etisk klarering

Studien er klarert med REK (Regional komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) og er ikke meldepliktig. Prosjektet er også meldt inn til NSD for personvern vurdering, hvor prosjektet er vurdert til å inneha lav personvernulempe, da særlig sensitive opplysninger ikke blir behandlet. Videre har etikk vært gjennomgående tema i arbeidet med oppgaven, helt konkret ble det understreket i infoskrivet og samtykkeskjemaet at pasienteksempler anonymiseres. Det skal videre ikke være mulig å identifisere fastlegene og deres pasienter i etterkant ved at vi utelater identifiserbare detaljer.

3. FUNN

Litteraturgjennomgangen i det kommende delkapittelet (*“Litteraturgjennomgang”*) har vi brukt som et middel for å forstå organiseringen av helsevesenet i Norge hva gjelder torturfeltet, og for å kunne stille fastlegene relevante spørsmål. I andre delkapittel (*“De kvalitative intervjuene”*) vil vi så presentere funnene fra de kvalitative intervjuene.

3.1 Litteraturgjennomgang

Organisering av helsevesenet i Norge

Som en forutsetning for å kunne skille mellom de ulike instansenes ansvarsområder innenfor arbeidet med identifisering og behandling av torturutsatte pasienter, er det viktig å se på organiseringen av det norske helsevesenet. Struktureringen av helse- og omsorgstjenesten i Norge beskrives som “delvis desentralisert”, betinget i de tre nivåene av offentlig forvaltning: staten, fylkene og kommunene (Ringard et al., 2014). Overordnet kan helsevesenet inndeles i primær- og sekundærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten er underlagt kommunene, og skal tilby grunnleggende og likeverdige helse- og omsorgstjenester til alle som er bosatt i kommunen. Helse- og omsorgsdepartementet, underordnet staten, eier de regionale helseforetakene som er ansvarlig for spesialisthelsetjenesten (Mæland et al., 2013, s.94-95). Videre har fylkene ansvaret for helsetjenester innen forebyggende behandling samt tannhelse (Ringard et al., 2014)

Primærhelsetjenesten omfavner helsetjenester utenfor institusjonene; primært bestående av selvstendig næringsdrivende fastleger i lag med blant annet fysioterapeuter, helsestasjoner og sykehjemstjenester (Ringard et al., 2014) (Mæland et al., 2013, s.94-95). Tjenesten er ansvarlig for å yte nødvendig helsehjelp i kommunen og kan overordnet deles inn i fire hovedoppgaver: behandling, forebygging, pleie – og omsorg samt rehabilitering, hvor fastlegen har en sentral rolle (Mæland et al., 2013, s.94-95).

For de fleste pasienter er fastlegen inngangsporten til helsevesenet. Fastlegeordningen som trådte i kraft i 2001 skulle sikre landets innbyggere en fast allmennlege å forholde seg til (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022) Før denne ordningen manglet pasienter en fast allmennlege å

forholde seg til, noe som resulterte i mangel på kontinuitet i pasient-lege-forholdet (Befring, 2012). Fastlegeordningen ble altså innført med det formål å sikre adgangen til en fastlege, men også for å underbygge pasient- og legeforsholdet. Pasienten har selv rett til å bestemme hvilken fastlege hen vil ha. Legen avgjør på den andre siden antall pasienter på sin liste, noe de ikke kunne tidligere. Det er imidlertid vesentlig å presisere at det også vektlegges at listelengden ikke skal overskride fastlegens kapasitet til å gi pasientene en “rask og adekvat behandling” (Mæland et al., 2013, s.99). Dette understreker at både tid, økonomi samt forsvarlig tjenesteytelse ansees som grunnleggende. Det gjennomsnittlige omfanget på pasientlistene har gradvis avtatt de siste årene. År 2020 ble det i snitt registrert omtrent 1068 pasienter per liste, sammenlignet med år 2005 hvor listelengden i gjennomsnitt var bortimot 1200 (Gaardsrud, 2022). Tross gradvis nedtrapping av antallet pasienter på fastlegenes liste, ansees tid fremdeles som knapp ressurs.

Spesialisthelsetjenesten, også omtalt andrelinjetjenesten, består hovedsakelig av spesialister som arbeider i institusjoner og poliklinikker innenfor både somatikk og psykiatri (Mæland et al., 2013, s.105). Fastlegen blir i det norske helsevesenet gjennomgående omtalt å ha en “portvaktfunksjon” hvor en av deres grunnleggende funksjoner er å filtrere ut de pasientene som skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten (Ringard et al., 2014). Spesialisthelsetjenestens primæroppgave blir derfor ytterligere behandling av potensielt torturutsatte pasienter som utredes og identifiseres på fastlegekontoret.

Jurdiske forpliktelser og protokoller

Norge er forpliktet gjennom internasjonale konvensjoner og nasjonale lover og forskrifter til å yte grunnleggende helsehjelp til individer utsatt for tortur. Eksempelvis er FNs torturkonvensjon, barnekonvensjonen samt konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne blitt implementert inn i den norske rett gjennom blant annet straffeloven (2005) (Lovdata, 2005) og menneskerettighetsloven (1999) (Lovdata, 1999), (Lønning et al., 2020). Artikkel 21 innunder EUs mottaksdirektiv vektlegger at “statene [er] forpliktet til å ta hensyn til om en asylsøker for eksempel har vært utsatt for tortur eller annen form for alvorlig psykologisk, fysisk eller seksuell vold”. Torturkonvensjonens Artikkel 14 slår videre fast at:

“Enhver konvensjonspart skal i sitt rettssystem sikre at offeret for en torturhandling får oppreisning og har en rett til rettferdig og rimelig erstatning som kan håndheves, herunder midler for en så fullstendig rehabilitering som mulig. I det tilfelle offeret dør som følge av en torturhandling, skal hans etterlatte ha rett til erstatning” (Lovdata, 1984)

Artikkel 14 understreker altså retten til rehabilitering. Torturkomiteen argumenterer videre for at det er mottakslandets ansvar å gi torturutsatte den rehabiliteringen de har rett på etter artikkel 14 (Evans & Modvig, 2020, s. 478). Torturkomiteen har videre utviklet retningslinjer i tråd med innholdet til artikkelen (Houge & Lønning, 2021).

I tillegg til en rekke konvensjoner og lover, er det ytterligere utarbeidet veiledere og protokoller med det formål å legge til rette for identifisering, dokumentering samt rehabilitering for flyktninger og asylsøkere, herunder torturutsatte. Istanbulprotokollen, som er FNs manual for “effektivt å undersøke og dokumentere tortur” (Andersen, 2003), presiserer retningslinjer for arbeidet med identifisering og dokumentasjon av torturoverlevende (Helsedirektoratet, 2017). I 2015 opprettet Helsedirektoratet en oppdatert veileder av IS-1022, Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og gjenforente, med den hensikt å spesifisere kommunens overordnede plikt til utøve “kvalitativt gode og likeverdige helsetjenester” til denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2022). Det fastsettes at helsepersonell skal besitte rett kjennskap til diagnostikk, behandling og oppfølging i samsvar med Istanbulprotokollen (Houge & Lønning, 2021). Veilederen anbefaler å gjennomføre en overordnet helseundersøkelse samt kartlegge potensielle behov for psykosomatisk oppfølging av alle flyktninger 3 måneder etter bosetting, inklusive kartlegging av torturerfaringer. (Helsedirektoratet, 2019). Det presiseres at dette kun er en anbefaling, og at kommunene ikke er rettslig bundet til å gjennomføre undersøkelsen (Houge & Lønning, 2021).

Overnevnte lover og retningslinjer understreker at leger og annet helsepersonell har et viktig ansvar i arbeidet med å sikre god nok helsehjelp til alle individer - især i og etter krig og konflikt (Hoftvedt et al., 2013). Gjennom å implentere disse lover og retningslinjer inn i den klinisk virksomheten, begrenses risikoen for senfølgene av tortur (Helsedirektoratet, 2017).

Identifikasjon, dokumentasjon, rehabilitering i Norge og andre land

Amnesty International melder at tortur praktiseres i minimum 141 land, og innbefatter både isolerte og mer systematiske torturtilfeller (Amnesty International Norge, n.d.). På verdensbasis passerte antall flyktninger bortimot 90 millioner i år 2021 (FN-Sambandet, 2022). I Norge utgjør antall innbyggere med flyktningsbakgrunn utgjør 4,5% av den norske befolkning per 2021 (Kilde: SSB, flykning). Selv om tortur ikke er meldt praktisert i Norge, er vi ikke untatt konsekvensene, da det anslås at 10 000 - 35 000 individer med fluktbakgrunn regnes eksponert for tortur (Lønning et al., 2020). Med den voksende pasientpopulasjonen oppstår det også et økende behov for identifisering, dokumentasjon og rehabilitering av torturutsatte.

1986 representerte året der de første tiltakene ble iverksatt for å etablere “integreerte og spesialiserte tjenester” for flyktninger i Norge (Dinardi et al., 2021). I regi av Helse- og sosialdepartementet ble det utformet en “gruppe fagpersoner med formål om å drive kunnskapsutvikling og kompetanseheving i tjenesteapparatet, samt klinisk virksomhet, i det som etter hvert ble en egen poliklinikk og en slags tredjelinjetjeneste.” (Lønning et al., 2020). Arbeidet besto i undervisning, veiledning til primær- og spesialisthelsetjenesten, samt klinisk virksomhet rettet mot flyktninger med traumbakgrunn, inklusive torturpasienter som en særskilt gruppe (Lønning et al., 2020). Psykososiale team i de ulike helseregionene sto for realiseringen av initiativet. Videre fulgte opprettelsen av Psykosialt senter for flyktninger i tilknytning til Universitetet i Oslo, med det formål å drive forskning, tilby assistanse og koordinere teamene (Dinardi et al., 2021).

En etterfølgende omstilling presentert av Helsedirektoratet i 2002 resulterte imidlertid til avvikling av det daværende systemet som skulle sørge for rehabilitering av traume- og torturutsatte pasienter. Psykososialt senter for flyktninger ble underlagt Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), samtidig som de psykososiale teamene ble underlagt de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) (Dinardi et al., 2021). Omorganiseringen medførte et opphør av den kliniske virksomheten, noe som var sentralt i det målrettede arbeidet for traume- og torturpasienter. I det den kliniske virksomheten utgikk, gjenstår i dag et særskilt fokus på forskning med et “eksplisitt ansvar for veiledning og kompetanseheving i tjenesteapparatet”

(Lønning et al., 2020). Enkelte sentre har i mellomtid tildelt ansatte kliniske gjøremål i gitte prosentstillinger med fokus på tortur og traumer hos flyktninger med torturerfaringer. Dette er dog ikke representativt for systemet på landsbasis, og illustrerer følgelig et fragmentert tilbud (Lønning et al., 2020).

En rekke mangler angis å være tilstede i det nåværende tilbudet; Røde Kors rapporten “Torturert og glemt” utpeker følgende områder som utilfredsstillende i innsatsen for torturutsatte: asylprosessen, koordinering av tiltak, rollefordeling, finansiering, dokumentasjon, utredning i primær- og spesialisthelsetjenesten (Lønning et al., 2020).

Asylprosessen utgjør “en institusjonalisert og viktig, men uutnyttet mulighet for identifisering av torturutsatte” (Lønning et al., 2020). Særlig viktig er tidlig identifisering og behandling av traumepasienter, da det kan bidra til å forebygge eller redusere torturens senfølger (Varvin, 2020). Den initiale tuberkuloseundersøkelsen ved Ankomstsenteret, kan gjennom bildediagnostikk avsløre enkelte torturskader av fysisk natur, gitt at undersøker er på aktiv søken etter å avdekke dette (Lønning et al., 2020). Det kan også skapes rom for samtaler om torturopplevelser ved spørsmål om helse i asylintervjuet. Saksbehandlerne mangler derimot klare føringer for videre fremgangsmåte og ansvarsfordeling mellom utlendingsforvaltningen og helsevesenet. Dersom tortur avdekkes, er det heller ikke gitt at torturutsatte får den oppfølgingen de har krav på i etterkant av intervjuet, da det mangler et rapporteringssystem. Alt tatt i betraktning gjenstår et utilfredsstillende system for identifisering av torturutsatte også i tidlig fase etter ankomst (Dinardi et al., 2021).

Identifisering leder heller ikke uten videre til rehabilitering. Det eneste statlige tilbudet for denne pasientgruppen er rettet mot tannhelse (TOO, tilrettelagt tannhelsetilbud). Tortur og odontofobi henger ofte sammen og torturerte pasienter med odontofobi skal ivaretas gjennom TOO (Høyvik et al., 2019). Det resterende rehabiliteringsarbeidet skal forvaltes av det ordinære helsevesenet. Fastlegen skal henvise til spesialisthelsetjenesten der det ansees nødvendig. Det finnes med andre ord ikke et “rehabiliteringsprogram for torturoverlevere med en integrert helhetlig tverrfaglig modell”, og et tett samarbeid mellom lege, psykologer og andre sosioøkonomiske

aktører (Cohn, 2001). En slik holistisk tilnærming har fokus på de somatiske, psykologiske, sosiale og rettslige behovene torturutsatte kan ha (Evans & Modvig, 2020, s.481).

Fastlegen er forventet å fylle en viktig koordineringsfunksjon i Norge og er oftest det første møtepunktet pasientgruppen har med helsevesenet (SSB, 2013). Fastlegen, som etter Lipsky defineres som førstelinjearbeider, fungerer dermed som et filter før eventuell videre behandling i spesialisthelsetjenesten. Følgelig forutsettes det at de har grunnleggende kompetanse om tortur og dens følger. Imidlertid foreligger det svært lite kunnskap om fastlegers praksis i møte med torturutsatte pasienter og identifiserings- og henvisningspraksis tilknyttet pasientgruppen. De få artiklene som eksisterer er publisert omtrentlig 20 år tilbake i tid. En potensiell utvikling innen fagfeltet i takt med flyktningebølgen i 2015 er dermed ikke dekket i litteraturen (SSB, 2016). Samtlige artikler drar dessuten fokuset i retning av flyktningspasienten, snarere enn torturpasienten.

I en studie om legers forhold til flyktningspasienten fra 2009 ble det angitt at omtrent 28% av deltagende fastleger vurderte egen kompetanse som lav i møte med pasientgruppen (Varvin & Aasland, 2009). Dette gjenspeiles i utdanningsprogrammet for helsepersonell. Tortur som tema opptar liten til ingen plass i læringsmålene for medisin og andre relevante grunnutdanninger (Lønning et al., 2020). Dette til tross for at staten pålegges et ansvar for utdanning og opplæring om tortur i henhold til Torturkonvensjonens artikkel 10 og torturkomiteens anbefalinger (Dinardi et al., 2021). Ulike aktører har i over 20 år etterspurt tortur og flyktninghelse i større grad implementeres i læreplaner og videre utdanningsløp i relevante utdanninger (Sandøy & Melf, 2003) (Lie, 2001).

Det etterspørres fremdeles at tortur og flyktninghelse implementeres i større grad i studieplanene, men også i videre utdanningsløp (Sandøy & Melf, 2003), (Lie, 2001).

Beskrivende for situasjonen er altså den tilstedeværende kunnskapsbristen blant helsepersonell (Lie, 2001).

For å kunne stille egnet i arbeidet med gruppen, forutsettes det at helsepersonell har den rette kunnskap om flyktninghelse (Sandøy & Melf, 2003). Psykososialt senter for flyktninger utførte

i 1998 en undersøkelse rettet mot personell i det psykiatriske helsevesenet, blant annet med det formål å kartlegge samspillet mellom primær- og sekundærhelsetjenesten (Major, 2000). Særlig veklagt var spørsmål om andel flyktninger henvist fra fastlegene, og om det eksisterte et etablert samarbeid med primærhelsetjenesten. Undersøkelsen (1998) viste til et fåtall henvisninger fra førstelinjen til psykiatrien, og et begrenset samarbeid mellom instansene. Som mulig forklarende faktorer fremlegges blant annet at fastlegen oppfatter psykiatrien som overarbeidet og med manglende behandlingskompetanse av flyktningspasienten. Det beskrives et psykiatrisk helsevesen som nedprioriterer pasientgruppen basert på antatt ressursbruk i form av tid og økonomi, tatt i betraktning tematikkens sensitivitet, bearbeidingsbehovet hos pasientene og bruk av tolk (Major, 2000). Dette gjør flyktninger/torturutsatte til en “upopulær” gruppe i møte med det psykiatriske helsevesenet i Norge (Dinardi et al., 2021). Beskrivelsen minner om Lipskys beskrivelse av bakkebyråkrater som på grunn av begrensede ressurser favoriserer de “enkle” klientene med mindre sammensatte problemstillinger (Cooper et al., 2015)

Der Norge møter begrensninger i rehabiliteringstilbudet, stiller andre land sterkere. Danmark presenterer et høyspesialisert tilbud med en interdisiplinær tilnærming. Med base i København, tilbyr RCT (Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims) et sammensatt rehabiliteringsprogram for torturutsatte (Persson & Gard, 2013). Henvisning til klinikken går gjennom fastlegen, med en påfølgende samtale hos psykolog for å vurdere hvorvidt pasienter er egnet til å inngå i programmet (Lønning et al., 2020). Den estimerte behandlingstiden er på 6-12 måneder (Dignity, n.d.). Pasientene som her presenterer symptomer av både somatisk og psykisk karakter, blir møtt av et tverrfaglig team bestående av: lege, fysioterapeut, psykolog, psykiater og sosionom (Sjölund et al., 2009). Det tas altså høyde for torturens mange senfølger i rehabiliteringen. Klinikkenes ytterligere arbeid består i å utforme prosedyrer for identifisering og dokumentasjon med bakgrunn i Istanbulprotokollen. I Sverige finnes tilsvarende behandlingssentre etablert i regi av Røde Kors. På samme måte innvilges pasientene primært plass etter henvisning fra fastlegen (Lønning et al., 2020).

Freedom from Torture, et rehabiliteringssenter i Storbritannia, organiserer psykiatriske og medisinske konsultasjoner for landets torturutsatte. Det tilbys dessuten en traumesensitiv fotballgruppe, utelukkende for torturoverlevende. En slik type intervensjon har vist seg å være

formålstjenelig i rehabiliteringen, i form av å skape “relasjoner, en følelse av tilhørighet, et håp for fremtiden, følelshåndtering, fornøyelse og bedret fysisk helse” [oversatt] (Horn et al., 2019). Rehabiliteringstilbudet bærer også her preg av en helhetlig tilnærning til torturofferet.

Selv om det finnes spesialiserte tilbud, mangler fastleger kunnskap om torturskader og identifisering også i våre naboland. En dansk kartleggingsundersøkelse fra 2020 viste at kun halvparten av torturofrene fikk spørsmål om tortur og traumehistorikk ved konsultasjon med fastlegen. Studien konkluderte med at det var behov for å systematisere identifikasjonsarbeidet i primærhelsetjenesten, samt å sikre at fastleger hadde økt kunnskap om spørremetodikk i konfrontasjon med tematikken (Ostergaard et al., 2020). Svenke rapporter belyser den samme problematikken: Fastlegene unnviker å stille spørsmål om tortur fordi det oppleves ubehagelig å skulle foreslå behandling “uten nødvendig opplæring”. Det uttrykkes også bekymring for å “skape ubehag for pasienter eller ikke håndtere informasjonen de mottar, på riktig måte” (Lønning et al., 2020). Studiene kan tyde på at fastlegen er flaskehals heller enn døråpner, jamfør Lipskys street-level bureaucracy, også i Sverige og Danmark. Uten identifisering og henvisning fra førstelinjetjenesten får ikke torturutsatte tilgang på rehabiliteringstjenestene selv om de finnes.

For øvrig vises det også til språk- og kommunikasjonbarrierer i arbeidet med flyktningspasienter. I en kvalitativ studie om danske fastlegers erfaringer med flyktninger og psykisk helse, understrekes det at språkbarrierer kan innskrenke muligheten for videre henvisning til psykiatrien, da samtaleterapien vil være fullstendig avhengig av en efarens tolk. Bruk av tolk er forøvrig en rettighet. Det er deussten viktig å ta i bruk riktig tilpassede tolketjenester. Dersom pasienter innehar den nødvendige språkkunnskapen, påpekes det dessuten at “å føle seg forstått ikke alltid er en teknisk språkting. “Man kan snakke samme språk og fortsatt ikke være i stand til å forstå hverandre” [oversatt] (Jensen et al., 2013). Videre vanskeliggjøres situasjonen ytterligere, når flyktningspasientene ofte kan ha en annen oppfatning av sykdom og helse enn fastlegen, særlig eksemplifisert i neglisjeringen av psykisk sykdom i samsvar med hjemlandets normer (Jensen et al., 2013)

3.2 De kvalitative intervjuene

Problemstillingen som skal forsøkes besvart er følgende, “På hvilke måter ivaretar Oslos fastleger flyktningspasienter ved mistanke om tortur?”. Det ble gjennomført fem semistrukturerte intervjuer. Utvalget er ikke representativt for alle byens fastleger. Imidlertid gir de et innblikk i hva erfarne fastleger i hovedstaden tenker om pasientgruppen deres behov og egen kompetanse i møte med dem. Funnene under presenteres med disse hovedtitlene: Kompetanse, Den typiske torturpasienten, Praksis og Potensiell organisering. Funnene vil deretter diskuteres opp mot relevant litteratur og i lys av Lipsky i diskusjonsdelen.

Kompetanse

I følgende avsnitt vil vi presentere fastlegene “våre”s kompetanse, både i form av fastlegenes forståelse av torturbegrepet, kjennskap til protokoller og retningslinjer i identifiseringen og utredningen av torturofre. Vi tar også opp fastlegenes utdanning og eventuelt relevant etterutdanning innen temaet.

Begrepsforståelse

I fastlegenes fortolkning av torturbegrepet ble både fysisk og psykisk vold vektlagt som viktige komponenter. Tortur ble beskrevet som noe uønsket og påtvunget, med bakgrunn i politiske, økonomiske og sosiale motiver. Den resulterende nedverdigelsen av offeret ble også poengtert. For eksempel beskriver informant 5 begrepet tortur slik “[Å] målrettet bli utsatt for krenkende og smertefulle behandlinger (...), hvor målet er å bryte ned det mennesket som blir utsatt for disse handlingene”.

Kjennskap til retningslinjer og protokoller

Ved spørsmål om Helseundersøkelsen tre måneder etter ankomst, svarer hovedvekten av informantene at det er noe de ikke har kjennskap til eller har praktisert, og at det er noe som går utover det de forstår som deres ansvarsområde. Enkelte av informantene deler en oppfatning om at de aktuelle pasientene blir filtrert ut allerede på mottak før det etableres kontakt med fastlegen. To av deltakerne hadde hørt om Istanbulprotokollen, mens resterende ikke hadde vært borti den; “Hva går [Istanbulprotokollen] ut på?” - (Informant 4). Gitt at våre deltakere er svært fastleger,

kan vår undersøkelse antyde en bekymringsverdig mangel på kunnskap om retningslinjer og protokoller for oppfølging av torturutsatte.

Utdanning

Informantene vi intervjuet til dette pilotprosjektet studerte ved følgende universiteter i Norge: Oslo (2), Tromsø (2), Bergen (1). Ved spørsmål om tortur samt flyktningshelse var et tema i utdanningsforløpet, meddelte alle informanter at det var fraværende. Det ble ytterligere understreket at problematikken ikke var dagsaktuell i deres studietid. Kun en av informantene kan huske å ha fått torturspesifikk undervisning, ledet av tidligere Psykososialt Senter for Flyktninger. Dessuten fortalte deltakerne at den aktuelle kunnskapen de har tilegnet seg er gjennom mange års erfaring i yrket, snarere enn kurs. Alle deltakerne sa imidlertid enig i at flyktningshelse og kulturkompetanse er viktig kompetanse. De sa seg også enig i at grunnleggende forståelse for migrasjonshelse er en forutsetning for å kunne behandle pasientene på en verdig måte, slik en av informantene forklarte det her:

Selvfølgelig er [kulturkompetanse og flyktningshelse] viktig. Det gjelder jo alt (...). Min kunnskap om hjertelidelser er viktig for å hjelpe de som kommer med det. Min kunnskap om psykiatri er viktig for de som kommer med det. Spiseforstyrrelser, ungdom, seksualitet - alt. Kunnskap er alltid viktig, man kan liksom ikke undervurdere kunnskap.

(Informant 3)

Samme informant påpeker derimot at kulturkompetanse er et omfattende begrep, som også overgår det rent medisinske; "Så er det dette med kulturkompetanse, ja - men alle leger kan ikke være sosialantropologer".

Etterutdanning

Tre av informantene har gjennomført relevante etterutdanningskurs: kun én har deltatt i et torturspesifikt kurs, mens de to andre har tatt kurs om generell flyktningshelse. Ved videre spørsmål om det var ønskelig med etterutdanningskurs i tematikken, ga flere av informantene uttrykk for at det hadde vært nyttig. Én påpeker at dette er en virkelighet man må forholde seg til

i tråd med et mer flerkulturelt Norge. Det pekes også i retning av manglende kurstilbud i tortur og flyktningshelse i motsetning til andre fagfelt. Informant 1 understrekte dette slik;

[Kurs om tortur] kunne godt ha vært litt mer fremme i legeforeningen. For det er veldig mye diabetes, veldig mye hjerte-kar, veldig mye stoffskifte, veldig mye gynekologi, veldig mye ortopedi, kirurgi, også har det vært veldig mye ruskurs de siste årene innenfor psykiatri, men kanskje vi skulle fått mer av flyktningsproblematikken.

To av deltakerne diskuterer derimot nytten av etterutdanningskurs opp mot erfaringene vedkommende har tilegnet seg over 20 år i praksis.

Guidelines

Ved spørsmål om det er ønskelig med guidelines i arbeidet med torturutsatte, uttrykker informantene noe ambivalens. De som stiller seg likegyldige til guidelines, begrunner det med at mengden retningslinjer kan være overveldende og rigide. De uttrykker likevel at det kan være nyttig at guidelines eksisterer ved nødvendig behov. Én av deltakerne opplever guidelines som fint, men poengterer at retningslinjer ikke kan måle seg med muligheten til å konferere med eksperter innen torturfeltet. Kun én av informantene er overveiende positiv til konkrete guidelines med håndfaste føringer for hvordan å gå frem i utredningen/ behandlingen av torturutsatte pasienter.

En typisk torturpasient

I disse avsnittene vil vi legge vekt på hvilke problemstillinger denne pasientgruppen kan presentere med, og begrensinger knyttet til det kulturelle aspektet med språk, bruk av tolk og den torturutsattes helsekompetanse. Dette for å utforske fastlegenes erfaringer innen identifikasjon av torturusatte og hvordan de går fram for å kartlegge deres problemstillinger med språklige og kulturelle barrierer som kan finnes.

Vanlige problemstillinger

Informantene våre påpekte at pasientgruppen ofte oppsøker helsevesenet med kroppslige, fysiske symptomer slik som muskel-skjelett-plager og hodepine. Typisk vil ikke en pasient informere om

torturerfaringer eller selv koble plagene sine til denne. Pasientene kan også presentere med psykiske plager; angst, depresjon, PTSD og søvnvansker. Det hender og at pasientene stiller med krav om sykemelding som følge av sine symptomer. En deltaker trakk i tillegg fram at plager etter seksualisert vold i krigssammenheng er høyst aktuelt for pasientgruppen. Det ble lagt vekt på at menn i større grad utsettes for fysisk skade og maltraktering, kontra kvinner som utsettes for overgrep og psykisk vold. En av fastlegene vi snakket med sammenfattet det slik:

Ofte er det sammensatt, folk kommer med vondt i ryggen og vondt i hodet, men hva er vondt i hodet? Det er jo et symptom. Eller [at] man føler seg nervøs og urolig - (...) hva er det? Det er jo et symptom, en overskrift. Hva ligger bak det? Jo (...) det er ofte traumatiske opplevelser. Det er jo liksom alltid en grunn. Man kan (...) ikke se på depresjon og angst og spiseforstyrrelser og PTSD som om de lever sitt eget liv (...), det henger sammen med livet til den personen; hva har den personen i ryggsekken? Mange vil ikke snakke om det engang, fordi de er så traumatiserte. (Informant 3)

Den torturutsattes helsekompetanse

Fastlegene har inntrykk av at sykdomsinnsikten blant torturutsatte er noe mangelfull, eller også fraværende. Våre informanter opplevde at pasientene har manglende forståelse for sammenhengen mellom deres torturerfaringer og videre psykiske og fysiske plager som søvnvansker, og muskel-skjelettsmerter. Informant 4 forklarte det slik; “*Det er veldig mange som kommer til Norge og har veldig liten sykdomsforståelse og som kanskje ikke helt skjønner hvorfor man kan få psykiske plager av ting man har vært utsatt for på veien hit*”. De vektlegger også at ikke-vestlige kulturer kan mangle et fullstendig eller godt begrepsapparat for psykisk uhelse. Én av deltakerne utdypte at sammenhengen mellom somatisk og psykisk helse gradvis må formidles, for dette kan medføre risiko for avvisning og hyppig fastlegebytte. To av deltakerne understrekte at spredningen hva gjelder sykdomsinnsikt er stor, og blant annet avhengig av pasientens sosioøkonomiske status og kulturelle bakgrunn. Gjennomgående ble det uttrykt at pasientgruppens helsekompetanse i stor grad er kulturelt betinget.

Språk og bruk av tolk

Våre informanter ga uttrykk for at det foreligger en språklig barriere som vanskeliggjør kommunikasjonen mellom pasient og lege. En god samtale ble trukket fram som en forutsetning for å få godt utbytte av konsultasjonen. Informant 4 understrekte at; “*Samtalen er jo (...) primærverktøyet i allmennmedisin*”. Ved spørsmål om erfaringer med bruk av tolk ble flere problematiske aspekter trukket frem av fastlegene vi snakket med, blant annet bruken av pårørende som tolker. Dessuten påpekte de at enkelte tolker formidler egne meninger, fremfor en direkte oversettelse av pasientens ytringer. Manglende opprettholdelse av taushetsplikten ble påpekt som særlig utfordrende, og at dette kan gjøre at pasientene vegrer seg for å åpne opp om sårbare erfaringer. Dette ble uttrykt som et særlig problem i de tilfellene hvor pasient og tolk er av samme minoritet. Informant 3 formulerte dette slik;

Hvor kommer tolken fra da? [De] kommer [ofte] fra samme miljø, kanskje går [de] i samme moské. Det er med all respekt (...) ganske mange som ikke har skjønt helt det her med taushetsplikt, både helsearbeidere og tolker. Noen av disse historiene er jo ganske bisarre, så det kan jo være ganske “interessant” å fortelle om det, dessverre. (...) Noen ganger kommer jo fetter eller nabo eller noen andre med som tolk. Eller menn som er med og skal tolke for kvinner; de ønsker jo å styre kvinner og kvinners seksualitet, og jeg skal love deg at da kommer ikke forhold som at den kvinnen har vært utsatt for vold og seksualisert vold i sitt hjemland [frem], det tør de ofte ikke å ta opp, for da kommer jo den samme greien igjen; hvorfor protesterte du ikke mer?

Som en effektiv løsning, foreslo én av deltakerne et etablert tortursenter med tolker med en viss profesjonell standard.

Praksis

Under vil vi nærmere gå inn på fastlegeordningen, tilnærming og relasjonsbygging i forhold til den torturutsatte og fastlegenes grensdragning med tanke på egne ansvarsområder og samarbeidspartnere, samt behandlingserfaringer med denne typen problemstillinger.

Fastlegeordningen: tid og arbeidsmengde i møte med torturofre

Flere av informantene kommenterte at ordningen i utgangspunktet ikke er tilrettelagt for torturutsatte med hensyn til tid. Fire av fem deltakere fortalte at de har innrettet sin praksis slik at arbeidsmengden er overkommelig. En av informantene forklarte hvordan vedkommende har organisert sin praksis:

Jeg har jo ordnet min arbeidsmengde slik at jeg har tid til mennesker med behov, (...), men jeg vet at det er mange kollegaer som har mange pasienter om dagen, og de har ikke tid til å spørre. Da er det fort inn og fort ut. Det spørres jo hvor mye du får snakket om på 10 minutter. (Informant 5)

Hva gjelder torturutsatte som pasientgruppe, opplevde fastlegene å måtte utvide konsultasjonstiden ved å bevisst benytte seg av dobbelttimer, da det ofte er snakk om komplekse problemstillinger. Informant 4 ordla seg slik;

Det kan jo være utfordrende å finne tid (...), for du kan jo ikke åpne en eske med masse følelser og så bare lukke den igjen og si: nå må du vente i 4 uker før du får en ny time. Det nytter jo ikke. Så du må jo på en måte lage rom for at de skal kunne komme med [sitt], da gjerne en dobbelttime.

Det ble pekt på at dette er en pasientgruppe hvor det med forutsigbarhet vil kreve mer tid til konsultasjon. De understrekte også at bruk av tolk naturligvis medfører økt tidsbruk.

I lys av det overnevnte erfarer tre av våre deltakere denne pasientgruppen som krevende sammenlignet med andre grupper. Det påpekes at konsultasjonene gjerne er preget av et tidkrevende detektivarbeid;

Du må være kjempetålmodig. Klart det er lettere om noen bare kommer for vondt i øret eller p-piller, enn når de har en veldig kompleks funksjonssvikt. Det blir en del detektivarbeid - (Informant 5).

Tid, tillit og tålmodighet trekkes fram som sentrale elementer i arbeidet med torturofre, da pasientene ofte kan legge skjul på traumatiske og skambelagte opplevelser. Faren for retraumatisering av torturpasienter, presenteres også som en krevende utfordring.

Tilnærming og relasjonsbygging

Alle informantene trakk fram betydningen av et etablert tillitsgrunnlag som forutsetning for et godt møte med den torturutsatte. Flere av informantene presiserte viktigheten av å vise genuin menneskelig interesse, og det å trå forsiktig, i takt med pasientens tempo. Flere beskrev dette som en gradvis prosess hvor pasienter må få tid til å kjenne på en trygghet i relasjonen med fastlegen, før de klarer å by på sine smertefulle erfaringer. At prosessen ofte er langstrukken forklarte to av deltakerne med at erfaringene ofte er beheftet med skam og skyld. Denne problematikken tydeliggjøres spesielt i de tilfeller der seksuelle overgrep er benyttet som torturmetode, og hvor pasientene ikke ønsker å vedkjenne seg hendelsen. Én av deltakerne vektla her betydningen av å presisere taushetsplikten, da de samme medisinsk-etiske prinsippene ikke nødvendigvis eksisterer i ikke-vestlige kulturer. Samme deltaker satte også spørsmålstegn ved helsepersonells evne til å i det hele tatt tematisere seksualproblematikk i konsultasjonen med torturofre.

Ved spørsmål om hvordan informantene går fram for å avdekke denne typen problemstilling, besvarte tre av informantene at de benyttet seg av en indirekte tilnærming ved at de trår forsiktig inn i tematikken. Én av informantene utdypte betydningen av å være vår på de signalene pasientene fremlegger, slik at potensielle torturerfaringer kan avdekkes. Til sammenlikning uttrykte to av informantene at de benytter seg av en mer direkte framgangsmåte, ved konkret spørsmålsstilling om eventuell gjennomgått tortur. Én av deltakerne trakk fram at en mer direkte tilnærming kan medbringe usikkerhet for hvordan vedkommende vil respondere, især de tilfeller det foreligger fravær av et godt etablert tillitsgrunnlag i bunn. Dessuten påpekte én av deltakerne viktigheten av å avdekke de tilfeller der pasienten har en iboende mistillit til helsepersonell etter tidligere traumatiske opplevelser - som kan være med på å forme pasientens perspektiver og holdninger til det norske helsevesenet. Altså vektlegges tid, tillit, kommunikasjon og etablering av gode relasjoner som grunnleggende elementer i arbeidet med torturoverlevende, og som en

forutsetning for at torturutsatte skal betro seg med sine traumatiske opplevelser. Informant 3 oppsummerte det på denne måten;

Det er så veldig forskjellig, fordi det er så avhengig av den enkelte person, men generelt så er det klart at det er mer krevende, fordi de har mer i ryggsekken enn andre av psykiske og fysiske traumer og ting som ikke er tatt opp og som man må etterhvert prøve å få tatt opp så de kan få det bedre i sitt videre liv. (...) Så må du også ha respekt for at pasienten kan liksom ikke bare åpne boken. Det klarer de ofte ikke, men hvis du da klarer å opparbeide en tillitt og god kommunikasjon, så er det helt utrolig hva som kommer fram på et legekantor. Jeg pleier å si: Jeg trenger ikke å se på reality serier for (...), virkeligheten overgår det.

En informant poengterte også at allmenmedisin som fagfelt er i særstilling med henhold til kontinuitet, som gjør utforskningen og kartleggingen av denne typen problemstilling i noen grad enklere. Én annen deltaker framhevet ytterligere det å erkjenne de områder der en selv kommer til kort, ved å søke råd fra fageksperter, som viktig i relasjonsbyggingen. Oppsummert uttrykte flere av informantene at arbeidet med torturoverlevende er noe krevende sammenlignet med øvrige pasientgrupper, tatt i betraktning overnevnte faktorer.

Fastleges ansvar, samarbeid og behandlingserfaringer

Deltakerne ble stilt følgende spørsmål: "Hvor opplever du at ditt ansvar som fastlege starter og slutter for denne pasientgruppen?". Her vektla informantene kontinuitet som en gjennomgående viktig faktor i allmenmedisinen generelt. Informantene uttrykte at deres ansvar i den aktuelle rollen er å følge pasientene over tid og skape rom for relasjonsbygging, nettopp som en forutsetning for å kunne gi riktig helsehjelp. Informant 4 formulerte det slik:

Nei, altså mitt ansvar slutter jo ikke, hvis noen velger meg som lege, så er jeg jo der ikkesant, samme hva de kommer for. Mitt ansvar er å følge dem opp så lenger de ønsker det (...) At de vet hvor de skal gå hvis de har vondt i halsen eller vondt i sjelen eller (..) Jeg kan ikke si at mitt ansvar slutter, men det er jo klart at hvis det er spesielle ting så

sender [jeg] dem videre, men da skal jo jeg vite hvor jeg har sendt og få tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten så jeg skal på en måte sitte med en oversikt - (Informant 4)

Ved spørsmål om hvor informantene henvender seg ved kunnskapsmangel eller usikkerhet, anga tre av informantene at de henviser pasientene videre til spesialisthelsetjenesten. To av deltakerne påpekte derimot fraværet av spesialister og et etablert system for ivaretagelse av torturoverlevende som problematisk imøte med denne pasientgruppen;

Nei, jeg prøver å gjøre det beste ut av situasjonen for dette oppleves så ofte på så mange områder i medisinen at det hjelper ikke å henvise til en psykiater for det problemet eller en gynekolog for det også. Som sagt man er jo bedre på visse områder enn det man er på andre, så jeg ber vel mere om hjelp på områder hvor jeg ikke er så god da, for noe sånt som sofistikerte hjerteproblemer så føler jeg at det - det syns jeg er komplisert så da henviser jeg til en kardiolog for eksempel. Men, det er jo ikke noen å henvise til her. Hvem er spesialisten på dette? Ikke psykiaterne (...). (Informant 5)

De andre informantene uttrykte derimot at denne pasientgruppen har blitt godt imøtekommet ved videre henvisninger til andrelinjetjenesten og DPS'ene, kontra pasienter med andre problemstillinger. Selv om behandlingen av torturutsatte på DPS ble beskrevet som tilstrekkelig, påpekte én av informantene at krav om omfattende henvisningsskriv og manglende kapasitet, vanskeliggjør adgangen til spesialisthelsetjenesten. Manglende dokumentasjonsoverføring underveis i behandlingsforløpet, vanskeliggjør videre oppfølging hos fastlegen i etterkant av fullført behandling. Én av deltakerne la vekt på at prioriteringer av pasientgrupper som følge av et mangelfull tid, medfører en rekke utfordringer i behandlingen av torturoverlevende. Samme deltaker foreslo etablerte spesialenheter for ivaretagelse av tortur- og overgrepssatte som en potensiell løsning.

Potensiell organisering

I dette avsnittet svares det på hvorvidt informantene synes det norske helsevesenet er tilrettelagt for torturutsatte pasienter, og eventuelle tiltak for å løfte tilbudet.

Tilretteleggingen av helsevesenet for torturutsatte

Fire av fem informanter gir uttrykk for et mangelfullt tilrettelagt helsevesen for torturofre. En mulig forklaring som trekkes fram er at torturproblematikken ikke er så utbredt i Norge. Det påpekes videre at flere av pasientene kan gå under radaren allerede i mottak. To av våre informanter viser også til et overarbeidet og underbetalt psykiatrifelt med manglende kapasitet. Som motsvar på mangel av tilrettelegging ytrer tre av deltakerne et ønske om etablering av egne sentre med spesialkompetanse innen tortur- og flyktningshelse. En av deltakerne foreslår ytterligere at torturofre bør utredes og behandles direkte i andrelinjetjenesten, før ansvaret måtte falle på fastlegen. Oppsummerende etterlyses altså et utvidet behandlings- og rehabiliteringsarbeid for torturutsatte.

4. DISKUSJON

4.1 Metodediskusjon

Oppgaven og funnene våre har noen begrensninger vi ønsker å være eksplisitte rundt.

Refleksivitet

Sentralt i enhver kvalitativ studie er refleksjon over forskerens egen rolle som utformende i forsknings- og tolkningsprosessen. Det kan tenkes at vår bakgrunn og interesse ubevisst kan ha farget tolkningsprosessen, slik at vi ser det nødvendig å redegjøre for vår egen rolle i forskningsprosessen. Vi begge norske, men våre foreldre innvandret fra Etiopia og Sri Lanka. Vi har altså røtter fra land hvor torturproblematikk er høyst aktuell. Vi har en særlig interesse for migrasjonshelse, og betrakter dette som et givende og interessant felt.

Videre er datamaterialet ved kvalitative forskningsstudier følsomt for feiltolkning. Vi har sortert data på bakgrunn av relevans. Hva en anser for å være relevant kan derimot være subjektivt, og en kan risikere at viktig informasjon går tapt i “reduksjonsprosessen”. Dessuten kan det vi vet av tidligere forskning ha hatt innflytelse på spørsmålsstillingen i intervjurundene. Røde Kors rapporten som konkluderer i kunnskapsmangel, kan ha formet en forutinntatthet hos oss og mulig ha bidratt til at vi stiller spørsmål som ellers ikke ville blitt berørt, noe som også kan aneeses som en styrke, da vi får en bredere dekning av problemstillingen. Det er likevel forsøkt minimert ved at vi stilte mer åpne spørsmål for å gi fastlegene rom for egne refleksjoner. Vi erkjenner altså vår ubevisste innflytelse som forskere, og at funnene som gjøres må tolkes i lys av vårt engasjement for målgruppen.

Transkripsjon

Hva gjelder transkripsjonsprosessen bemerker vi at det enkelte ganger var redusert lyd kvalitet, som kan ha bidratt til mangler. Dessuten har vi ikke inkludert non-verbal kommunikasjon, slik at dette er noe som ikke formidles gjennom valgte sitater. Det åpner altså rom for at leseren kan feiltolke fastlegenes utsagn. Derimot har vi utført transkripsjonen og analysen av data på

egengånd, og har følgelig god kjennskap til materialet som legges frem. Dermed har vi også gode premisser for å utføre en korrekt tolkning av det som ble kommunisert i intervjuene.

Intervjusituasjonen

Fire av fem intervjuer ble avholdt digitalt, mens det siste ble gjennomført i fastlegens egen stue. For det sistnevnte intervjuet opplevde vi at deltakeren i større grad ga utfyllende svar og refleksjoner. Det kan tenkes at skyldes en større menneskelig kontakt ved fysisk oppmøte, komfortabiliteten av å sitte i eget hjem eller også mer erfaring innen feltet. Hva gjelder intervjuene som ble avholdt digitalt savnet vi en mer naturlig flyt i samtalene, og erfarte tidvis å måtte stille en mengde oppfølgingsspørsmål for å holde refleksjonene gående. Det kan ha åpnet for flere lukkede og førende spørsmål, selv om det har vært forsøkt unngått. Ideelt sett hadde alle intervjuene vært avholdt fysisk. Imidlertid ønsket de fire informantene å gjennomføre intervjuene digitalt. Gitt rekrutteringsutfordringene vi hadde, var vi fleksible på dette.

Utvalget

Antall ønskede kandidater var i utgangspunktet satt til tyve fastleger. Etter endt rekruttering satt vi imidlertid igjen med fem deltakere. Vi tror den såkalte “fastlegekrisen” forklarer dette i stor grad. Dette ble også presisert av de kontaktede helsesekretærene som ga direkte avslag på vegne av fastlegene. Dette kan tolkes som et funn i seg selv i lys av Lipsky’s forståelse av fastlegen som en bakkebyråkrat. Den vanskelige rekrutteringsprosessen med gjentatte forsøk, kan sees på som en direkte refleksjon av fastlegenes arbeidsmengde. Det åpner i sin tur rom for diskusjonen om fastlegestandens arbeidsmengde og lange listestørrelser går på bekostning av kvaliteten i konsultasjonene med den enkelte pasient. Hva dette har å si for torturofre som pasientgruppe vil vi belyse i senere avsnitt.

Det er også verdt å nevne mulig seleksjonsbias i form av at de som har valgt å delta i prosjektet sannsynlig har en noe større interesse for migrasjonshelse og tortur enn de som ikke har prioritert deltakelse. Det er også mulig at flere av de som ble spurt har tenkt på tortur som en veldig perifer del av sitt arbeid (liten pasientpopulasjon), som det ikke var relevant å stille opp til et intervju for.

Selv om det kun ble avholdt 5 intervjuer, anser vi det som tilstrekkelig for prosjektoppgaven, da det som er avgjørende er innsikten intervjuene kan gi i fastlegens hverdag. Det understrekes igjen at dette er en pilotstudie som skal gi en innføring, og danne grunnlag for videre forskning innen tematikken. Kjønnfordelingen i utvalget er omtrent lik, men det er liten variasjon i alder. Med gjennomsnittlig alder på 60 år, har alle informantene praktisert som fastlege i over 20 år. Med det følger kunnskap opparbeidet gjennom lang erfaring. Det kan altså tenkes at resultatene ville sett annerledes ut med en yngre fastlegestand uten lang erfaring, men også ferskere utdanning.

Det var også tenkt at utvalget skulle ha en prosentvis kandidatfordeling mellom østlige og vestlige bydeler. Dette for å kunne si noe om variasjoner innen erfaringer og kunnskap med tanke på ulik statistisk forekomst av innvandrere i de ulike bydelene. Vi ønsket å utforske tanken om mer kunnskap der populasjonen av innvandrere/torturofre er større. I utvalget vårt har vi kun én representant fra Oslo øst. Dermed får vi ikke sammenlikningsgrunnlaget vi i utgangspunktet ønsket.

Det vil derimot alltid være en utfordring å sikre representativitet i utvalget. Vi har landet på et selektivt utvalg av fastleger i Oslo, og funnene vi har gjort er ikke allmenngyldige, men utforskende. Videre studier bør inkludere et større utvalg med større variasjon, for å kunne sikre ytterligere reliabilitet og validitet.

Litteraturgjennomgang

Vi benyttet oss kun av én database, MEDLINE, i hovedsøket for å gjøre rede for organisering av helsevesenet i Norge med tanke på torturutsatte og lage et rammeverk for intervjuet med fastlegene. Det kan ha medført til uteblivelse av potensielt relevante artikler i andre databaser. Derimot er MEDLINE den mest sentrale medisinske helsefaglige basen vi har, og det er dessuten supplert med ytterligere artikler for å sikre oss et godt litteraturgrunnlag. Likevel foreligger begrenset materiale hva gjelder temaet tortur, særlig i Norge. Det tyder i seg selv på et økt forskningsbehov innen emnet.

Blant litteraturen som er brukt finner vi også artikler anbefalt av veileder. Både søk og dataekstraksjon ble utført av to personer. Dermed har vi sikret en større nøyaktighet og etterprøvbarehet i forskningsprosessen.

4.2 Resultatdiskusjon

Som nevnt innledningsvis avdekker Røde Kors rapporten “Torturert og glemte” en “fragmentert og personavhengig praksis” hva gjelder identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge. Rapporten belyser behovet for kunnskap om fastlegers rolle og praksis i møte med torturutsatte pasienter, da dette bemerkes fraværende, tatt i betraktning deres sentrale rolle som koordineringsinstans i møte med og behandlingen av torturofre (Lønning et al., 2020). Formålet med dette prosjektet er derfor å tilnærme oss kunnskapen informantene har om potensielt torturutsatte pasienter, og deres identifikasjons- og henvisningspraksis i møte med slike pasienter.

Vi ønsket fastlegenes refleksjoner omkring egen og profesjonens kunnskap og om helsevesenets ‘rigg’ for å ivareta denne pasientgruppen, da dette i liten grad er forsket på tidligere. Vi poengterer at hensikten med studien ikke har vært å teste ut om litteraturen gjenspeiler virkeligheten, men heller trekke fram de perspektiver og erfaringer som bekrefter eller skiller seg ut fra tidligere litteratur. Vi skal derfor forsøke å se etter gjennomgående trekk eller ulikheter og skape begrunnende ansatser for videre forskning. Med det i mente, vil følgende problemstilling diskuteres i lys av resultatfunnene over: “På hvilke måter ivaretar Oslos fastleger flyktningpasienter ved mistanke om tortur?”. Som redegjort for, trekker vi på teorien om bakkebyråkratens arbeidsvilkår for å forstå og forklare fastlegenes situasjon.

Kompetanse

For å kunne avdekke fastlegenes kunnskap og erfaringer vedrørende identifisering og behandling av torturutsatte pasienter, er det nærliggende å utforske informantenes forståelse av torturbegrepet. Begrepet tortur slik det er definert i Torturkonvensjonen (Lovdata, 1984), omfatter alle “bevisste handlinger som gir en person alvorlig fysisk eller psykisk smerte for å få informasjon, true eller straffe personen eller en tredjeperson. For at det skal regnes som tortur må handlingen påføres av, true eller straffe personen eller en tredjeperson.” (FN-Sambandet, 2022).

Informantene vektlegger at begrepet innebærer både psykisk og fysisk vold, med bakgrunn i både politiske, økonomiske og sosiale motiver, lignende overnevnte definisjon. Derimot uttrykker flere av informantene også vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep som fremtredende torturmetoder i deres fortolkning av begrepet. Det kan tolkes i den retningen at informantene inkluderer et større omfang av pasienter ifra deres praksis, enn det vi i utgangspunktet hadde forutsett, for å ha et større refleksjonsgrunnlag rundt problemstillingen.

Hva gjelder informantenes kjennskap til retningslinjer og protokoller, avdekkes et mangelfullt kunnskapsnivå. På spørsmål om deres oppfatning av begrensninger knyttet til fastlegeansvaret, kan det se ut som at fastlegene vi intervjuet ikke anser identifisering av potensielle torturutsatte som del av deres mandat. Flere av informantene deler den oppfatningen av at Istanbulprotokollen, som er FN's manual for identifisering og utredningen av torturmetoder, samt Helseundersøkelsen ved tre måneder etter ankomst, overgår deres mandat og er noe som gjøres på mottak i asylprosessen før eventuell tildeling av en fastlege.

Denne kunnskapsmangelen blant fastlegene som ble intervjuet, gjenspeiles i utdanningsprogrammene for helsepersonell, tortur opptar liten til ingen plass i læringsmålene for medisin og andre grunnutdanninger. Dette til tross for at staten pålegges et ansvar for utdanning og opplæring om tortur i henhold til Torturkonvensjonens artikkel 10 og torturkomiteens anbefalinger, nevnt innledningsvis. Den mangelfulle kunnskapen om retningslinjer og konvensjoner, identifisering, behandlingen av torturutsatte forklares av informantene ved at tortur ikke var et dagsaktuelt tema da de utdannet seg. Kunnskapsmangelen hos fastlegene begrunnes også ved at tortur muligens ikke er like utbredt i Norge. Imidlertid er undervisning vedrørende tortur og behandling av torturoverlevende fremdeles fraværende ifølge Røde kors-rapporten, selv om flyktningshelse og tortur er høyst dagsaktuelt. Informantene uttrykker at den aktuelle kunnskapen de har tilegnet seg, er gjennom mange års erfaring i yrket. Dette farger resultatene våre. Én av deltakerne påpeker nytten av etterutdanningskurs opp mot erfaring tilegnet på mer enn tyve år. Spørsmålet blir da om etterutdanningskursene vil kunne tilby ny kunnskap som overgår den kunnskapen som er tilegnet gjennom erfaringer. Vi presiserer at alle informantene studerte for lenge siden. Det kan derimot diskuteres om nyutdannende fastleger

som overtar en stor arbeidsliste, potensielt hadde hatt en større nytte av ytterligere undervisning og kurs i tematikken, begrunnet i den økende pasientpopulasjonen.

Informantene vektlegger at kunnskap innen alle felt er viktig, men at man ikke kan kunne alt om alt, jamfør informant 3 som ordla seg slik; *“men alle leger kan ikke være sosialantropologer”*. Under pressede forhold kan vi dessuten tenke at arbeidshverdagen vil handle om prioriteringer. Selv om ikke fastlegene våre eksplisitt har uttrykt at torturutsatte som pasientgruppe mottar lavere prioritering, bekrefter tre av deltakerne at denne pasientgruppen er noe krevende sammenliknet med andre, da i forhold til tid, tillitt og tålmodighet. Lipskys tjenstedilemma kan dermed gjøre seg gjeldende. Lipsky påpeker at bakkebyråkratene, herunder fastlegene, ønsker å levere tilstrekkelig gode tjenester til hver enkelt pasient. Selve dilemmaet oppstår når en først forsøker å opprettholde tjenester til en omfattende pasientliste, samtidig som en ønsker å tilrettelegge for individbasert tjenesteytelse. Prinsippet om likestilte tjenester kan bli vanskelig å etterleve når ressursene ikke strekker til (Cooper et al., 2015).

Om det er rett å legge det fulle ansvaret med identifiseringen og behandlingen av potensielt torturutsatte på fastlegenes skuldre kan diskuteres. Som nevnt ovenfor, bemerker Lipsky at bakkebyråkratenes ønske om å levere fullgode tjenester til hver enkelt klient, møtes av inadekvate ressurser, hva gjelder tid, økonomi og tilgang til tjenester. Det kan dermed diskuteres om det er rimelig at det fulle ansvaret for pasientgruppen skal ligge eksplisitt på fastleger i krise som muligens har 1-5 torturutsatte pasienter på sin liste. Det kan også stilles spørsmål ved om det er rimelig at fastlegene skal ha oversikt over alle retningslinjer og konvensjoner ut ifra andelen pasienter som faktisk er torturutsatt. Fastlegenes ansvar handler også i stor grad om pasientenes helse og velvære, men å i tillegg skulle hjelpe dem psykososialt angående rett til erstatning etter tortur og annen spesifikk torturproblematikk kan oppfattes som et for stort ansvar for fastlegen, som særlig under press ikke kan forventes å levere fullgode tjenester.

Bruk av tolk, språkbarriere og fravær av helsekompetanse utgjør også ekstra utfordringer hos fastlegen og bidrar dessuten til et ytterligere tidspress. Som nevnt i introduksjonen vanskeliggjøres konsultasjonen av språkbarrieren som kan oppstå mellom legen og pasientene.

Det understrekes i litteraturen at språkbarrierer kan innskrenke muligheten for å henvise denne pasientgruppen videre til andrelinjetjenesten, da samtaleterapien vil være avhengig av erfarne tolketjenester. Fravær av helsekompetanse, og den manglende evnen til å koble gjennomgått erfaring med presenterende plager, vil og være en viktig utfordring i identifiseringen og behandlingen av torturutsatte. Faglitteraturen gjenspeiles også i informantenes oppfatninger, hvor de la vekt på at sykdomsinnsikten blant torturutsatte er noe mangelfull, og at det kan foreligge en språklig barriere som ytterligere vanskeliggjør konsultasjonen. Igjen, understrekes det at tid er en knapp ressurs i fastlegenes arbeidshverdag, som igjen kan fungere som en barriere fra å levere fullgode tjenester til klientene, sammenfallende med Lipskys Street level bureaucracy.

Praksis

Våre funn understreker at tid, tillit og tålmodighet er sentrale elementer i fastlegers møte med torturofre. Tid ansees som en forutsetning i utøvelsen av deres rolle som fastleger. Intervjuene eksemplifiserer informantenes skjønnsutøvelse, sentralt for Lipskys SLB som en arbeidsstrategi i en tidspresst hverdag (Cooper et al., 2015). Ved utforskningen av fastlegeordningen angir flere av informantene at ordningen i utgangspunktet ikke er tilrettelagt med hensyn til tid. Som nevnt innledningsvis, rapporterer fastlegene om stadig større og tidkrevende administrative oppgaver, som går på bekostning av viktige oppgaver i møte med den enkelte pasient (Theie et al., 2018). Lipsky påpeker at bakkebyråkratene, herunder fastlegene, ønsker å levere tilstrekkelig gode tjenester til hver enkelt pasient. Når man forsøker å opprettholde tjenester til en omfattende pasientliste, samtidig som man ønsker å tilrettelegge for individbasert tjenesteytelse oppstår et dilemma. Imidlertid er det nevneverdig at alle våre informanter hadde tilrettelagt deres pasientlister. Tatt i betraktning utvalget av informanter, kan det være en større andel øvrige fastleger som muligens sitter med lengre pasientlister og overfulte arbeidsdager. Dette uttrykkes også av én av informantene. Utfordringene som er beskrevet i rekrutteringsprosessen underbygger også et tidspress hos fastlegene. Når deres arbeidshverdag ikke tillater deltakelse i intervju mister vi også verdifullt forskningsmateriale som kunne ha bidratt til bedring av forholdene for både pasientgruppen og fastleger.

Skånsom tilnærming og relasjonsbygging over tid skaper et tillitsgrunnlag som er en forutsetning for å imøtekomme torturofre. To av informantene uttrykte at de benyttet seg av en mer direkte

tilnæringsmetode, ved å stille konkrete spørsmål om gjennomgåtte torturopplevelser, som også understrekes av litteraturen som en viktig framgangsmåte. Kontinuitet etterfulgt av et godt etablert tillitsgrunnlag, gjør identifiseringen og behandlingen av denne typen problemstillinger til en viss grad enklere, som samsvarer med resultatene i vår studie. Tatt i betraktning de overnevnte faktorer, uttrykker flere av informantene at torturutsatte oppfattes som noe krevende, sammenlignet med øvrige pasientgrupper.

Mens Røde Kors rapporten la fram at DPS'ene avviser særlig torturutsatte pasienter, grunnet deres komplekse problemstillinger, uttrykker flertallet av informantene at pasientgruppen har blitt godt imøtekommet ved videre henvisninger til andrelinjetjenesten og DPS'ene, kontra pasienter med andre problemstillinger. Her skilles deres mangeårige erfaring med DPS fra det som avdekkes i litteraturen. Derimot ble det uttrykt manglende dokumentasjonsoverføring underveis i behandlingsforløpet, noe som har bidratt til vanskeligere oppfølging hos fastlegen i etterkant av fullført behandling.

Potensiell organisering

Fire av fem informanter påpeker et utilstrekkelig tiltrettelagt helsevesen i møte med torturutsatte. Vi minner om at to av informantene viste til et overarbeidet og underbetalt psykiatrifelt med manglende kapasitet. Dessuten anga flere av informantene at fastlegeordningen i utgangspunktet ikke er tilrettelagt med hensyn til tid, men at de selv hadde innrettet sin praksis slik at arbeidsmengden er overkommelig. Men mange av fastlegene vi kontaktet ga avslag på bakgrunn av overfylte pasientlister og manglende tid og kapasitet. Fastlegekrisen som introdusert i litteraturen innledningsvis kan altså underbygges av den svært utfordrende rekrutteringsprosessen. Undersøkelsen utført av Psykososialt Senter for Flyktninger i 1998 viste til et fåtall henvisninger fra førstelinjen til psykiatrien og videre et begrenset samarbeid mellom de to instansene (Major, 2000). At fastlegene oppfattet psykiatrien som overarbeidet og med manglende behandlingskompetanse av potensielt torturutsatte ble trukket fram som mulig forklarende faktor. Videre ble det også drøftet hvorvidt denne typen problemstillinger kan tenkes å nedprioriteres av det psykiatriske helsevesenet grunnet kompleksiteten av problemstillingene. Begge krisene pekes ut i både litteraturen og forskningsprosessen.

Det kan så stilles spørsmål ved hvilken krise som er mest reell i møte med de torturutsatte; den overarbeidede psykiatrien eller fastlegene i krise? Mens fastlegene har i oppgave å identifisere, skal psykiatrien i hovedsak behandle og følge opp potensielt torturutsatte pasienter. Dersom fastlegekrisen hindrer tilstrekkelig identifisering av torturofre, og krisen i psykiatrien hindrer at disse pasientene får psykiatrisk behandling og oppfølging, fører det til både manglende identifisering og behandling av potensielt torturutsatte pasienter. Dermed har vi å gjøre med to kriser som mulig forsterker hverandre.

Etablering av spesialenheter, inklusiv spesialister, for ivaretagelse av tortur- og overgrepssatte, noe som ble foreslått av to av informantene og er også en av anbefalingene til Røde Kors. Danmark har som nevnt et høyspesialisert og sammensatt rehabiliteringstilbud hvor en rekke spesialister inngår (Persson & Gard, 2013). Det tverrfaglige teamet med psykiater, lege, fysioterapi, sosionom, vil dermed føre til at behandlingen av den torturutsatte omfavner alle mulige affiserte områder av individet. Her går imidlertid henvisningen gjennom fastlegen. Hvis et liknende senter etableres i Norge må fastlegen derfor kunne identifisere den torturutsatte som en forutsetning for å kunne henvide videre. De må dermed inneha en grunnleggende kunnskap om torturutsatte. Fastlegene er i lys av Lipsky bakkebyårkatene i det norske helsevesenet med funksjon som portvakt for inngang til spesialiserte tjenester.

4.3 Konklusjon

På hvilke måter ivaretar Oslos fastleger flykningspasienter ved mistanke om tortur? Våre funn tilsier at det foreligger stor vilje, men også en kunnskapsmangel blant de intervjuede fastlegene. Det avdekkes mangelfull kjennskap til protokoller og retningslinjer i identifisering, utredningen og behandlingen av torturutsatte i førstelinje. Skjønnsutøvelse, som også er en viktig del av Lipskys teori om street level bureaucracy, blir dermed viktig i fastlegenes arbeid med denne pasientgruppen. Tortur opptar liten plass i medisinske læringsmål og andre grunnutdanninger. Dette kan forklares ved at tortur ikke var et dagsaktuelt tema på den tid informantene studerte, men det er heller ikke godt implementert i dag (Lønning et al., 2020). Bruk av tolk, språkbarriere og fravær av helsekompetanse hos pasientgruppen utgjør også ekstra utfordringer hos fastlegen og bidrar dessuten til et ytterligere tidspres i deres allerede overfylte arbeidshverdag, jamfør fastlegekrisen og Lipskys teori om street level bureaucracy, hvor

fastlegene ansees som bakkebyråkrater i førstelinjen. Overordnet understreker informantene et utilstrekkelig tilrettelagt norsk helsevesen i møte med torturutsatte. Det kan stilles spørsmål ved om det er rimelig at fastlegene skal ha oversikt over alle retningslinjer og konvensjoner ut ifra andelen torturutsatte på deres liste. Det er nærliggende å foreslå etablering av spesialiserte sentre for ivaretagelse av torturofre, slik også flere informanter var inne på.

Denne oppgaven er en pilotstudie som er ment å lede ansatser til videre studier. Vi har i denne oppgaven utforsket erfaringer og refleksjoner hos en håndfull fastleger i Oslo, slik at de overnevnte funnene ikke er allmenngyldige. Rekrutteringsutfordringene og mangel på deltakelse kan begrunnes i den såkalte fastlegekrisen. Dette kan igjen ha ført til tap av verdifullt forskningsmateriale. En idé kan derfor være å forske videre på fastlegenes arbeidsforhold.

5. REFERANSER

Amnesty International Norge. (n.d.). *Tortur*. Amnesty International. Retrieved January 11, 2023, from https://amnesty.no/tortur?gclid=CjwKCAiA2fmdBhBpEiwA4CcHzf1ed_6qjbZvtFyelnXtGzdg_52Q1TH7vc7hJEMyHbNu3-3LMtWk-BoCkeIQAvD_BwE

Andersen, E. J. (2003, November 20). Nye retningslinjer for å dokumentere bruk av tortur. *Tidsskriftet for den Norske legeforening*, 1. <https://tidsskriftet.no/2003/11/aktuelt-i-foreningen/nye-retningslinjer-dokumentere-bruk-av-tortur>

Befring, A. K. (2012, January 24). *Historien bak Fastlegeordningen – Politikk, ledelse og jus*. Politikk, ledelse og jus. Retrieved January 11, 2023, from <https://helserett.wordpress.com/2012/01/24/hvorfor-reagerer-fastlegene-om-fastlegeordningen-og-endringer/>

Castello, C. (2016, February 20). Flere innvandrere til Frogner. *Utrop*. <https://www.utrop.no/nyheter/nytt/30031/>

Cohn, J. (2001, November 30). Torturoverleverer i Norge - lægernes ansvar. *Tidsskriftet for den Norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2001/11/klinikk-og-forskning/torturoverleverer-i-norge-laegernes-ansvar>

Cooper, M. J., Sornalingam, S., & O'Donnell, C. (2015, June 28). Street-level bureaucracy: an underused theoretical model for general practice? *British Journal of General Practice*, 65((636): 376-377), 2. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X685921>

Den norske legeforening. (n.d.). *Krisen i fastlegeordningen*. Legeforeningen. Retrieved January 11, 2023, from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/krisen-i-fastlegeordningen/>

Dignity. (n.d.). *WELCOME TO DIGNITY - INFORMATION ABOUT DIGNITY'S REHABILITATION CLINIC*. Dignity. Retrieved January 11, 2023, from: <https://www.dignity.dk/wp-content/uploads/patientfolder-eng.pdf>

Dinardi, C., Lie, B., Sveaass, N., & Weiss, N. (2021). *Torturutsatte i den norske asylprosessen - En utredning av Norges forpliktelser og anbefalinger til praksis*. Fafo. <https://www.faf.no/images/pub/2021/20788.pdf>

Evans, M. D., & Modvig, J. (2020). *Research Handbook on Torture - Legal and Medical Perspectives on Prohibition and Prevention Research Handbooks in Human Rights series*. Edward Elgar Publishing Limited. <http://dx.doi.org/10.4337/9781788113960>

fastleger.no. (n.d.). *Fastleger i Oslo*. Fastleger.no. Retrieved January 11, 2023, from <https://www.fastleger.no/Oslo/>

Finlay, S., & Sandall, J. (2009, October). "Someone's rooting for you": Continuity, advocacy and street-level bureaucracy in UK maternal healthcare. *Social Science & Medicine*, 69(8), 7. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.029>

FN-Sambandet. (2022, February 4). *Torturkonvensjonen - Menneskerettigheter*. FN-sambandet. Retrieved January 29, 2022, from <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/torturkonvensjonen>

FN-Sambandet. (2022, June 17). *Mennesker på flukt*. FN-sambandet. Retrieved January 11, 2023, from <https://www.fn.no/tema/flyktninger/mennesker-paa-flukt>

Gaardsrud, P. Ø. (2022, April 30). *Fastlegestatistikk*. Helsedirektoratet. Retrieved January 11, 2023, from <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk#fastlegestatistikk>

Gulbrandsen, F., Kulasingam, A. S., Molstad, C. S., & Steinkellner, A. (2021, February 25). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldres fordeling på kommunenivå*. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/446654?_ts=178440e5408

Helsedirektoratet. (2017, Januar 27). *Traumatiserte, torturerte og krigsskadde*. Helsedirektoratet. Retrieved 01 11, 2023, from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/psykososial-oppfolging/traumatiserte-torturerte-og-krigsskadde>

Helsedirektoratet. (2019, Mars 27). *Helseundersøkelse ved tre måneder*. Helsedirektoratet. Retrieved Mars 11, 2022, from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helseundersokelser-av-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helseundersokelse-ved-tre-maneder>

Helsedirektoratet. (2022, Mars 15). *9. Om veilederen*. Helsedirektoratet. Retrieved January 11, 2023, from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/om-veilederen>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 12 13). *Fastlegeordningen*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fastlegeordningen/id115301/>

Heszlein-Lossius, H. E. (2019). Nyttig om flyktninger. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.18.0655>

Hoftvedt, B. O., Steinfeldt-Foss, O. W., Thorleifsson, E., Varvin, S., & Stoltenbe, C. (2013, August 6). 20 års menneskerettighetsarbeid. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1438>

Horn, R., Ewart-Biggs, R., Hudson, F., Berilgen, S., Ironside, J., & Prodromou, A. (2019). The role of a trauma-sensitive football group in the recovery of survivors of torture. *Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*, 29(1), 97-109. MEDLINE.

<https://tidsskrift.dk/torture-journal/article/view/106613>

Houge, A. B., & Lønning, M. N. (2021, Desember 21). "Jeg kan ikke slåss på to fronter": Engasjement og utholdenhet i rehabiliteringsarbeid med torturutsatte. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(4), 14.

<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-01>

Høyvik, A. C., Lie, B., & Willumsen, T. (2019, February). *Dental anxiety in relation to torture experiences and symptoms of post-traumatic stress disorder*. DUO Research Archive.

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/71871/Postprint.pdf?sequence=4>

Jensen, N. K., Norredam, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2013, January 28). How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Primary Care*, 14(17). MEDLINE. <https://bmcprimcare-biomedcentral-com.ezproxy.uio.no/articles/10.1186/1471-2296-14-17#citeas>

Lie, B. (2001, November 30). Kunnskap om følger av tortur. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 121(19), 3366. <https://tidsskriftet.no/2001/11/redaksjonelt/kunnskap-om-folger-av-tortur>

Lipsky, M. (1980). *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation. <http://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610447713>

Lønning, M. N., Aasnes, A. E., & Laupstad, I. (2020, 02 28). *Torturert og glemt? Identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge*. Røde Kors. https://www.rodekors.no/globalassets/_rapporter/humanitar-analyse-rapporter/rk_torturrapport_digital-5.pdf

Lovdata. (1984, December 10). *Konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/TRAKTAT/traktat/1984-12-10-1>

Lovdata. (1999, 05 21). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30?q=menneskerettighetsloven>

Lovdata. (2005, 05 20). *Lov og straff (straffeloven)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>

Mæland, J. G., Haug, K., & Høyer, G. (2013). *Sosialmedisin* (S. Krokstad, Ed.; 2nd ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS 2011.

Major, E. F. (2000, November 20). Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. *Tidsskriftet for den Norske legeforening*, 120(28), 3420-3423. <https://tidsskriftet.no/2000/11/aktuelt-problem/psykiatriskpsykologisk-arbeid-med-flyktninger-og-asylsokere>

Ostergaard, L. S., Wallach-Kildemoes, H., Thøgersen, M. H., Dragsted, U. B., Oxholm, A., Hartling, O., & Norredam, M. (2020, December 6). Prevalence of torture and trauma history among immigrants in primary care in Denmark: do general practitioners ask? *European Journal of Public Health*, 30(6), 1163-1168. MEDLINE. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa138>

Persson, A. L., & Gard, G. (2013). Tortured refugees' expectations of a multidisciplinary pain rehabilitation programme: an explorative qualitative study. *Journal of rehabilitation medicine*, 45(3), 286–292. MEDLINE. <https://doi.org/10.2340/16501977-1101>

Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I. S., & Lindahl, A. K. (2014, October 3). *Det norske helsesystemet 2013*. FHI. Retrieved January 11, 2023, from <https://www.fhi.no/publ/2014/det-norske-helsesystemet-2013/>

Sandøy, I. F., & Melf, K. (2003, October 9). Leger trenger kunnskap om menneskerettigheter, tortur og konflikter. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 123(19), 2766. <https://tidsskriftet.no/2003/10/brev-til-redaktoren/leger-trenger-kunnskap-om-menneskerettigheter-tortur-og-konflikter>

Sjölund, B. H., Kastrup, M., Montgomery, E., & Persson, A. L. (2009). Rehabilitating torture survivors. *Journal of rehabilitation medicine*, 41(9), 689–696. MEDLINE. <https://doi.org/10.2340/16501977-0426>

Skonnord, T., & Brekke, M. (2022, August 25). *Fastlegekrisen – mer enn én krise - Debatt og kronikk*. Dagens Medisin. Retrieved January 11, 2023, from <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/08/25/fastlegekrisen--ikke-bare-en-krise/>

SSB. (2013, December 10). *Innvandrerens møte med fastlegen - SSB*. Statistisk sentralbyrå. Retrieved January 11, 2023, from <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvandrerens-mote-med-fastlegen>

SSB. (2016, December 14). *Fra asylsøker til flyktning – før og etter kriseåret 2015*. Statistisk sentralbyrå. Retrieved January 11, 2023, from <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/fra-asylsoker-til-flyktning-for-og-etter-krisearet-2015>

Theie, M. G., Lind, L. H., Haugland, L. M., & Skogli, E. (2018, Oktober). *Fastlegeordningen i krise - hva sier tallene*. Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/1f3039425ea744adab5e11ac5706b85a/fastlegeordningen-i-krise-hva-sier-tallene-endelig-rapport.pdf>

Varvin, S. (2020, Mars 16). På flukt. *Tidsskriftet for den Norske legeforening*, 140(4). <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.20.0141>

Varvin, S., & Aasland, O. G. (2009, August 13). Legers forhold til flyktningpasienten (A. Brean, Ed.). *Tidsskriftet for den Norske legeforening*, 129(15), 1488-1490. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.08.0212>

6. APPENDIX

6.1 Vedlegg 1: Infoskriv med samtykkeskjema

Fastlegers praksis i møte med torturutsatte pasienter

Til tross for et absolutt forbud, utøves tortur i et alarmerende antall stater, og i de fleste konflikter som driver mennesker på flukt. Mange av verdens 30 millioner flyktninger har overlevd tortur, og mange av dem bosettes i mottaksland uten å være identifisert som torturofre i asylprosessen. Forskning viser at dette også gjelder i Norge. Forskning i norsk sammenheng tar for seg om og hvordan torturutsatte blir ivaretatt i asylprosessen, helsetjenestetilgangen for torturutsatte migranter uten lovlig opphold, og rehabiliteringsarbeidet med pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid vet vi svært lite om fastlegers møter med torturutsatte pasienter og evt identifiserings- og henvisningspraksis tilknyttet pasientgruppen.

Dette pilotprosjektet gjennomføres for å få et innblikk i fastlegers kjennskap til, kunnskap om og evt erfaring med (potensielt) torturutsatte pasienter med flyktningsbakgrunn i sin arbeidshverdag.

Vi ønsker å snakke med fastleger i ulike bydeler i Oslo, uavhengig av deres direkte erfaringer med torturutsatte pasienter. Våre kriterier er at deltakerne har hjemmel i Oslo, og har arbeidet som fastlege i byen i minimum 5 år. Vil du snakke med oss?

Studentene Hanna Fesseha og Abinaya Anpalagan utfører undersøkelsen til prosjektoppgaven i medisinstudiet, under veiledning av Dr. Anette Bringedal Houge (postdoktor, Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap, Institutt for Helse og Samfunn, Medisinsk fakultet, UIO) og Dr. Louise Emilsson (Førsteamanuensis, Avdeling for allmenntilleggsmedisin, Medisinsk fakultet, UIO).

Behandlingsansvarlig institusjon: Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo

Praktisk informasjon

- **Varighet:** Intervjuenes varighet kan variere, men vil ikke overskride 1 time
- **Tid og sted:** Intervjuene avholdes på fastlegekontoret eller digitalt våren 2022 etter nærmere avtale.
- Vi presiserer at intervjuet anonymiseres og at deltakere når som helst trekke seg fra deltakelse uten nærmere begrunnelse.

Kontaktpersoner

Send gjerne mail til [redacted] dersom du har spørsmål!

Abinaya Anpalagan [redacted] / Hanna Fesseha [redacted]

Veileder Anette Bringedal Houge er tilgjengelig på [redacted] og [redacted]

Biveileder Louise Emilsson [redacted]

Institusjonens personvernombud: personvernombud@uio.no

Ditt personvern og dine rettigheter

- Deltakelse er basert på ditt samtykke
- Deltakelse er frivillig og man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn
- Vi benytter kun den gitte informasjonen til formålene som er forklart i dette skrivet. Det vil ikke foregå noen behandling av personopplysninger.
- En personvernkonsekvensvurdering er foretatt ved fakultetets personvernkontakt.
- Vi understreker at intervjuet er anonymisert, og at vi kun innhenter følgende ikke-identifiserbar informasjon: antall år med erfaring som fastlege, omtrentlig størrelse på pasientlister og bydel.
- Det vil ikke stilles spørsmål som kompromitterer din taushetsplikt som lege.
- Det vil gjøres lydopptak som senere vil transkriberes til et skriftlig dokument som benyttes i forskningssammenheng. Lydopptaket slettes så raskt som mulig etter behandling av dataene.
- Du har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet
- Du har rett til å klage til Datatilsynet

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Fastlegers møte med torturutsatte pasienter" og har fått anledning til å stille spørsmål

- Jeg samtykker herved til deltakelse i intervjuet.
- Jeg samtykker til at mitt innholdsbidrag behandles fram til prosjektet er avsluttet.

Navn i blokkbokstaver

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

6.2 Vedlegg 2: Intervjuguide

1. Praktisk informasjon

- 1) Bydel
- 2) Omtrentlig listestørrelse
- 3) Antall aktive år som praktiserende fastlege
- 4) Utdanningsted
- 5) Mangfoldet i pasientgruppen (omtrentlig prosentandel ikke-etniske)

2. Generell kunnskap

1. Er kunnskap om migrasjonshelse og kulturkompetanse viktig i arbeidet ditt? På hvilken måte?
2. Hvordan tolker du begrepet “tortur”?
3. Hva tenker du, umiddelbart, som fastlege, på, når vi sier tortur og torturerte pasienter?
4. Har du noen gang mistenkt at en pasient er torturutsatt?
5. Hvordan ville du gått frem om du mistenkte at en pasient var blitt torturert, eller har du noen gang vært i en slik situasjon?
6. Kjenner du til rettigheter de torturerte, bosatte flyktninger har i helsevesenet – og retningslinjer for ivaretagelse?
7. Kjenner du til retningslinjer for identifisering/ utredning/ behandling (dvs Istanbulprotokollen) og hvordan lærte du om dette? Utdanning/kurs/eget initiativ som følge av case i praksis?
8. Dersom du har/hadde følt deg usikker, hvem er den første du hadde tatt kontakt med?
9. Hvor opplever du at ditt ansvar som fastlege starter og slutter for denne pasientgruppen?

3. Egne erfaringer

Erfaringer

1. Kan du illustrere en ‘typisk’ pasient som har inngitt mistanke om torturerfaring – typ kjønn, alder, bakgrunn, problemstillinger de oppsøker helsevesenet for?
2. Ved konkrete pasienter i tankene:
 - a. Er dette pasienter som har vært i Norge lenge ?
 - b. Har de hatt helseplager som følge av tortur i lang tid ?
 - c. Har de fått hjelp for symptomene uten at årsak har vært identifisert ?
 - d. Forteller de om sine torturerfaringer på eget initiativ? Tar det tid før de gjør det?
3. Hvordan er denne pasientgruppen sammenlignet med andre?
4. Hvordan går du frem for å skape trygghet og tillitt?
5. Hvordan opplever du samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?

Kultur og språk

1. På hvilken måte er kunnskap om migrasjonshelse og kulturkompetanse viktig i arbeidet ditt?
2. Hvor god helsekompetanse oppfatter du at de aktuelle pasientene har?
3. Opplever du at det foreligger en språklig barriere som vanskeliggjør utredningen/samtalen?
4. Hva er din erfaring med bruk av tolk i en slik sammenheng?
 - a. Tillitt mellom pasient og tolk
 - b. Innhar tolken relevant språklig kompetanse
5. Hvordan forholder du deg til pårørende?

4. Potensiell organisering

1. Tenker du at det norske helsevesenet er (tilstrekkelig) tilrettelagt for torturutsatte pasienter?
2. Gitt at du har x antall flyktninger på din liste, hvor nyttig vil det være for deg med et eget etterutdanningskurs om tematikken – som tar for seg verktøy i diagnostikk, behandling og spesialisttjenester, regelverk, tolkebruk, flyktninghelse, kulturkompetanse?