



«Jeg kan ikke slåss på to fronter»: Engasjement og utholdenhet i rehabiliteringsarbeid med torturutsatte

‘I Cannot Fight on Two Fronts’: Commitment and Perseverance in Rehabilitation Work with Persons Subjected to Torture

Moa Nyamwathi Lønning

Senioranalytiker, Humanitære behov og analyse, Norges Røde Kors

Postdoktor, Institutt for sosialvitenskap og veiledning, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Innlandet

moa.nyamwathi.lonning@redcross.no

Anette Bringedal Houge

Postdoktor, Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

a.b.houge@medisin.uio.no

Sammendrag

Torturskader fører til sammensatte behandlings- og rehabiliteringsbehov som rammebetingelsene på helse- og velferdsområdet ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for, og som vanskelig kan ivaretas av en hjelper alene. Hvordan er det for profesjonsutøvere å arbeide med og for torturutsatte? I denne artikkelen utforsker vi fagpersoners erfaringer med og refleksjoner om å tilby behandling og rehabilitering til torturutsatte. Datamaterialet er basert på semistrukturerte intervjuer og fokusgrupper med til sammen 46 deltakere gjennomført i 2019. Studien peker på tre nivåer der profesjonelle hjelpere kan ivaretas: individ (engasjement og kompetanse), institusjon (fagmiljø og tilrettelegging) og samfunn (sosiopolitisk kontekst og overordnet struktur). Ved å sikre gode arbeidsforhold og rammer som ivaretar profesjonelle hjelpere, vil vi som samfunn og som tjenesteytere på helse- og velferdsområdet bedre ivareta personer som har overlevd tortur.

Nøkkelord

helse- og sosialfagarbeidere, helse- og velferdstjenester, ivaretagelse, torturskader, tverrfaglig

Abstract

Injuries resulting from torture lead to comprehensive treatment and rehabilitation needs, for which the organisation of health and welfare services is not sufficiently adapted, and which can be difficult to respond to for one helper alone. What is it like for professional practitioners to respond to the needs of persons who have been subjected to torture? In this article we explore practitioners' experiences with and reflections about offering treatment and rehabilitation to persons subjected to torture. The empirical material is based on semi-structured interviews and focus groups with a total of 46 participants conducted in 2019. The study identifies three levels to address wellbeing among professionals: individual (commitment and competence), institutional (professional environment and organisation) and societal (socio-political context and overall structure). By ensuring good working conditions and frameworks that address the needs of professional helpers, as a society and as health and social service providers, we will better ensure the needs of those who have survived torture.

Keywords

health and social workers, health and welfare services, interdisciplinary, injuries from torture, wellbeing

Innledning

Tortur, slik det er definert i FNs torturkonvensjon (1984, artikkel 1), er forbudt:

[Tortur er] enhver handling hvorved alvorlig smerte eller lidelse, enten fysisk eller psykisk, bevisst blir tilføyet en person i den hensikt å oppnå [...] opplysninger eller en tilståelse, straffe [...] true eller tvinge [...], basert på diskriminering av noen art, [påført eller oppfordret av] eller med samtykke eller aksept fra en offentlig tjenestemann eller annen person som opptrer i embetes medfør.

Forbudet er absolutt og innebærer også en plikt for stater til å hindre tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling (artikkel 2 og 16). Til tross for dette er tortur utbredt i mange land. Blant mennesker med fluktbakgrunn er andelen torturutsatte høy, selv om den varierer avhengig av faktorer som gruppe, kjønn og opprinnelsesland – en internasjonal litteraturgjennomgang peker på en median på 27 % (Steel et al., 2009; se også Sigvardsdotter et al., 2016), og nyere studier viser fra 29 til 47 % blant flyktninger i Norge (Solberg et al., 2020; Høyvik et al., 2018; se også Lie et al., 2001). Det betyr at mange profesjonsutøvere møter torturutsatte i sitt arbeid også her til lands.

Torturskader fører til sammensatte utfordringer som påvirker fysiske, psykiske, sosiale, juridiske, velferdsmessige og åndelige forhold (Patel et al., 2014). FNs torturkonvensjon (1984, artikkel 14) slår fast torturutsattes rett til «så fullstendig rehabilitering som mulig». Torturkomiteen (2012, paras. 11–15) har utarbeidet ikke-bindende retningslinjer som gir innhold til denne rettigheten. Komiteen understreker blant annet at rehabilitering fordrer at hjelpeapparatet har en helhetlig og interdisiplinær tilnærming, som spenner fra medisinsk og psykologisk ivaretagelse til juridiske og sosiale tjenester.

At arbeid med komplekse traumer, menneskelig ondskap og lidelse kan være krevende, er godt dokumentert (se for eksempel Cardena et al., 2013; Salston & Figley, 2005). Vi har funnet noe internasjonal forskning om konsekvensene av arbeid med torturutsatte for behandleres psykiske helse (Kjellenberg et al., 2014; Barrington & Shakespeare-Finch, 2013, 2014; Posselt et al., 2019, 2020; Birck, 2002; Deighton et al., 2007). Imidlertid er tjenestetilbudet organisert svært forskjellig mellom land. Denne artikkelen gir et empirisk bidrag til og fra en spesifikk norsk kontekst med vekt på faktorer som påvirker arbeidet heller enn konsekvensene av det. Artikkelen springer ut av en større kartlegging av rehabiliteringstilbudet for torturutsatte med fluktbakgrunn i Norge (Røde Kors, 2020; se også Hjemdal, 2006 og Dinardi et al., 2021). Vår kartlegging viser at rehabiliteringsarbeidet framstår som varierende og personavhengig i mangel av et tilbud med tydelige og bindende rammebetingelser (Lønning et al., 2021). Vårt mål her er å belyse forhold som påvirker profesjonelle hjelpere i dette arbeidet positivt og negativt. Artikkelen bygger på 46 fagpersoners refleksjoner.

I fortsettelsen gir vi en kort beskrivelse av hvordan tilbudet organiseres, og deretter redegjør vi for studiens metode og materiale før vi presenterer og diskuterer våre funn fordelt på individ-, institusjon- og samfunnsnivå. Informantene framhevet betydningen av engasjement, kompetanse, fagmiljø, tilrettelegging, sosiopolitisk kontekst og overordnet struktur. Funnene kan være med på å sikre gode arbeidsforhold for profesjonelle hjelpere, som igjen vil sikre at vi som samfunn, og som tjenesteytere på helse- og velferdsområdet, bedre ivaretar mennesker som har overlevd tortur.

Tilbudets organisering

I Norge skal rehabilitering for torturutsatte ivaretas innenfor det ordinære helsevesenet med ordinære terskler for henvisning til spesialisttjenester og med allmenne ordninger for egenandel, frikort og pasienttransport. Det innebærer som regel at tilbudet starter med fastlegen. Videre kan det tilrettelagte tannhelsetilbudet til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO) benyttes av personer med oppholdstillatelse (se Helsedirektoratet, 2010).

Torturutsatte kan også ha behov for sosial, juridisk og velferdsmessig rehabilitering. Sosiale og økonomiske forhold faller inn under NAV, eventuelt et flyktningkontor eller UDI, avhengig av hvordan kommunen er organisert, og den torturutsattes oppholdsstatus, for eksempel hvorvidt vedkommende er asylsøker bosatt i eller utenfor mottak, eller er nylig bosatt i kommunen og faller inn under introduksjonsprogrammet for nyankomne. Det kan også være behov for bistand fra aktører som skole/voksenopplæring, barnevern, frivillighet med flere.

Fagkompetanse er en viktig forutsetning i ethvert tilbud. På nasjonalt nivå er det spesielt verdtt å nevne Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og tannhelsetjenestens kompetansesentre (Tk). NKVTS og RVTS har tvungen migrasjon og flyktninghelse som et av sine definerte områder, RVTS-ene har ansvar for veiledning og kompetanseheving i tjenesteapparatet,¹ og Tk har behandlerteam med spisskompetanse og en sentral faglig rolle for TOO.

Metode

Artikkelen er basert på semistrukturerte intervjuer og fokusgrupper med et selektivt, bredt utvalg av fagpersoner. Formålet har vært å undersøke forhold som påvirker behandlings- og rehabiliteringsarbeid av torturskader fra hjelpernes perspektiv. For å få kjennskap til feltet innledet vi studien med bakgrunnssamtaler med offentlige eksperter og relevante fagmiljøer både i og utenfor offentlig sektor. Vi kontaktet også åpenbare aktører, som Helsedirektoratet (Hdir), Folkehelseinstituttet, NKVTS, RVTS og Tk.

Vi inviterte 57 fagpersoner på tvers av fag, nivå og sektor til å delta, og 46 deltok mellom mars og august 2019: 28 kvinner og 18 menn. Vi hadde som mål å inkludere personer med betydelig erfaring og kompetanse på torturskader. Utvalget er altså ikke representativt for profesjonelle hjelpere som sådan. Deltakernes erfaring strakk seg fra ett år til mer enn 40. Rundt halvparten hadde jobbet med flyktning- og torturfeltet i 20 år eller mer. Halvparten jobbet først og fremst med flyktning- og migrasjonshelse, og noen jobbet utelukkende i mottaks- eller bosettingsfasene eller med irregulære migranter. I alt 35 deltakere jobbet innenfor spesialisttjenester og syv i førstelinjen. Deres profesjonsbakgrunn spente fra psykologi (16), sykepleie (7), medisin (6), psykiatri (5), sosialt arbeid (4), fysioterapi (3), odontologi (2) og vernepleie til barnevernspedagogikk og juss.

Den tematiske intervjuguiden vi benyttet, dekker et bredere spekter enn artikkelen favner (se Lønning et al., 2021). Som grunnlag for artikkelen var det særlig to spørsmål som gikk på deltakernes personlige opplevelse: *Hvordan påvirkes du av å «stå i» dette arbeidet over tid? Hva har du gjort for å «holde ut» i dette arbeidet?* Arbeidet for torturutsatte har utspring i solidaritets- og menneskerettighetsengasjement (Enger, 2019), og i spørsmålene våre ligger

1. Tortur er et eget punkt i RVTS-enes tilskuddsbrev.

det også en antakelse om at tortur kan være en spesielt krevende tematikk å jobbe med. Antakelsen er vel begrunnet i tidligere forskning (Kjellenberg et al., 2014; Barrington & Shakespeare-Finch, 2013).

Datainnsamlingen ble gjennomført av førsteforfatter. Gitt at intervju spørsmålene kunne røre ved personlige tema, inviterte vi i utgangspunktet til en-til-en-intervjuer, noe 27 deltakere takket ja til. Noen ønsket imidlertid å bli intervjuet som del av en gruppe. Vi gjennomførte derfor også tre gruppeintervjuer bestående av to–tre deltakere og tre fokusgrupper med fire deltakere hver. Noen intervjuer var korte (opptil en time), mange varte over flere timer, og noen gikk over flere møter. Studien er drøftet med og godkjent av Røde Kors' personvernombud, og vi har fulgt forskningsetiske retningslinjer som er definert av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2016).

Vi fikk tillatelse til å gjøre lydopptak av alle fokusgruppeintervjuene, ett gruppeintervju og 17 en-til-en-intervjuer, som deretter ble transkribert verbatim. For de andre intervjuene noterte førsteforfatter under og umiddelbart etter at de var avsluttet. Ett intervju ble gjennomført per telefon, de andre ansikt til ansikt. Alle transkripsjonene er analysert i NVivo, kodet først etter tema fra intervjuguiden og videre etter emner som gikk igjen i refleksjonene rundt de to spørsmålene vi belyser her. Vi har induktivt utarbeidet tematiske overskrifter som favner disse: engasjement, kompetanse, fagmiljø, tilrettelegging, sosiopolitisk kontekst og overordnet struktur. Vi strukturerer disse etter følgende nivå: individ, institusjon eller samfunn. De tematiske overskriftene er ikke uttømmende for aspekter som kan påvirke arbeidet med torturutsatte, men peker på gjengående tema i våre samtaler med informantene. Vi diskuterer disse opp mot tidligere forskning og relevante veiledere fra Hdir. For å sikre anonymitet har vi ikke koblet informantenes profesjonsbakgrunn og kjønn med andre variabler som fartstid i feltet, geografi og institusjonell tilhørighet. Det er også viktig å bemerke at verken intervjusituasjonen eller tolkning av funn skjer i et vakuum, men fargelegges både av møtet mellom forskeren og deltakeren og posisjonering. Vår forskning omhandler flukt- og krigserfaringer, men vi har ikke klinisk bakgrunn. Prosjektet ble igangsatt med mål om å kartlegge rehabiliteringstilbudet for torturutsatte i Norge og avdekke humanitære behov i tråd med Røde Kors' mandat.

Resultater og diskusjon

Da vi spurte informantene hvordan de opplever behandlings- og rehabiliteringsarbeidet for torturutsatte, og hva som påvirker deres opplevelse på godt og vondt, viste de til forutsetninger som kan deles opp i tre nivå: individ, institusjon og samfunn. Individnivået viser til personlig engasjement og kompetanse, som viktig for å trives med og håndtere arbeidet. Institusjonsnivået viser til fagmiljø og organisatorisk tilrettelegging ved profesjonsutøvernes arbeidsplass. Og samfunnsnivået viser til både innvandringspolitikk og hvordan tjenester på helse- og velferdsområdet er innrettet nasjonalt. Nivåene rammer inn våre funn, men peker ikke til gjensidig utelukkende analytiske kategorier. Individuelle forhold påvirkes både av institusjonelle rammer og politiske føringer, samtidig som den enkelte profesjonsutøvers forståelse av institusjonelle rammer også kan påvirkes av individuell overbevisning. Nivåinndelingen kan likevel fungere som inngang for videre tenkning om tiltak for å sikre gode arbeidsforhold og torturrehabilitering som felt.

Individ: engasjement og kompetanse

Som følge av vårt strategiske utvalg er mange av profesjonsutøverne vi intervjuet, engasjert i torturutsattes rettigheter og fullstendige rehabilitering. De understrekte at både engasjement og kompetanse er viktig for å gi gode (nok) tilbud, men også for selvivaretagelse.

Engasjement på godt og vondt

I likhet med tidligere forskning beskrev våre informanter arbeidet med torturutsatte som givende og meningsfullt (Birck, 2002; Posselt et al., 2019). Som en informant uttrykte det: «Det gir meg så ekstremt mye å se hvor lite som egentlig skal til for at noen skal oppleve å få hjelp, å bli sett, å bli hørt, å bli anerkjent» (deltaker 4). Og som en annen sa: «Jeg vet at [det jeg gjør] er sentralt for pasientene for at de skal ha det bedre i sin hverdag og få litt mer håp, og det smitter over» (deltaker 1). Til tross for ulik progresjon, innebærer arbeidet med torturutsatte også å være vitne til menneskers overlevelseskraft. Å oppleve at man bidrar til bedring for mennesker som har det svært utfordrende, beskrives som en stor motivasjon. Det kan bidra til personlig vekst og større samfunnsengasjement (Barrington & Shakespeare-Finch, 2013, 2014). Som oppsummert av en informant: «Jeg kan ikke tenke meg mer meningsfylt arbeid» (deltaker 1).

I etableringen av traumebehandlingstilbud for flyktninger i Norge peker Enger (2019) på hvordan personlig og humanitært engasjement har vært en drivende faktor, og at tilbudets etablering på 1980-tallet kan sees i sammenheng med økende internasjonalt solidaritets- og menneskerettighetsengasjement.² Dette danner bakteppet for fagfeltet våre informanter er en del av, og mange begrunnet sitt engasjement i menneskerettigheter og/eller profesjonsetiske retningslinjer. Flere ser seg som en del av en faglig bevegelse og en verdensomspennende kamp mot tortur og andre menneskerettighetsbrudd. Dette gir styrke, som en informant uttalte: «Det er godt å se at man står i en verdenssammenheng: en god tradisjon med millioner av mennesker som jobber for menneskerettigheter» (deltaker 3). Noen påpekte også hvordan arbeidet påvirker deres syn på verden:

Jeg er overbevist om at [jobben påvirker] hvordan vi er i samfunnet og hvordan jeg ser på det globale og alt som skjer i verden. Vi er utrolig privilegerte som har et innblikk i hva som skjer på det store plan (deltaker 2).

Informantenes arbeid strakk seg gjerne ut over enkeltsaker og kunne inkludere alt fra forskning, undervisning, veiledning og kompetanseheving til å være ekspertvitne eller å delta i samfunnsdebatten. Arbeidet var dermed også en del av en opprustning og utvikling av fagfeltet på institusjons- og samfunnsnivå.

Selv om engasjement ble verdsatt, påpekte noen informanter også at det ligger en fare i å være en «ildsjel», særlig i fravær av et kompetent fagmiljø og institusjonell tilrettelegging. I en organisering der fagpersonen opplever å være en del av en for liten faglig minoritet, uten anerkjennelse eller rammer for ivaretagelse, kan behovene hos pasienten/brukeren muligens lettere komme foran profesjonsutøverens selvivaretagelse. Fravær av bedring i et behandlingsforløp, eller å ikke leve opp til egen eller andres forventning, kan være svært utfordrende (Broch, 2019). I sin studie ved torturrehabiliteringssentre i Tyskland, Sveits og Østerrike fant Deighton et al. (2007, s. 71) at behandlere som ikke lykkes med traumebearbeiding, kan være spesielt utsatt for arbeidsrelaterte belastninger. Tidligere forskning på behandlere i torturrehabiliteringsfeltet har dokumentert vikarierende resiliens, posttraumatisk vekst og

2. Se også Leo Eitingers arbeid. Hans avhandling fra 1958 var *Psykiatriske undersøkelser blant flyktninger i Norge*.

medfølelsestilfredshet på den ene siden og utbrenthet, vikarierende traumatisering, sekundær traumatisk stress og medfølelsesutmattelse på den andre. Disse motstridende konsekvensene kan virke samtidig hos den enkelte (Barrington & Shakespeare-Finch, 2014; Kjellenberg et al., 2014).

Engasjement er altså en personlig drivkraft i arbeidet med torturutsatte, samtidig som informantene understreker behovet for kompetanse både om flyktninghelse og torturskader og grensesetting overfor seg selv i møte med ekstreme livserfaringer og sammensatte behov: «[Det er så viktig å] ta vare på seg selv og være bevisst på at jobben er vanskelig – for det gjør noe med oss som menneske og terapeut» (deltaker 2).

Kompetanse og grensesetting

Kunnskap er viktig for tilbudets kvalitet og for å være forberedt på å stå i arbeidet med torturutsatte og håndtere det både akutt og over tid. Det gir mulighet for profesjonalitet og ivaretakelse: «Hvis man vet at man kan gjøre noe så er det mye lettere å stå i vanskelige ting. Hvis du ikke har metoder, så er det mye lettere å føle seg hjelpeløs og da kan man bli utbrent» (deltaker 16). Kunnskap om tortur og hvordan man kan møte torturutsatte på en god måte, er og oppleves som en spesifikk tematikk, som kommer i tillegg til mer generalisert kompetanse som behov for og rett til tolk og tolkebruk eller kunnskap om behov og utfordringer i krysskulturelle møte med tjenesteapparatet generelt eller om asylprosessen spesielt.

Informantene understrekte behov for at ansatte i kommune- og spesialisthelsetjenesten har kompetanse og trygghet til å møte torturutsatte. Arbeidet med torturutsatte kan oppfattes som noe substansielt annet og særlig utfordrende, omgitt av en slags mystikk, og at det er lettere å trå feil enn å bidra (om helsearbeid med flyktninger, se for eksempel Broch, 2019; Mathiesen, 2020; Varvin & Aasland, 2009; Grut et al., 2006). Som en deltaker forklarte, kan man oppleve at det er «skummelt å gå inn i slike saker» (deltaker 18), og heller *gi* saker videre til kollegaer. Et paradoks som er verdt å merke seg, er at flere informanter understrekte hvor lite som skal til for at torturutsatte kan oppleve at de får hjelp, som sitert over: at det kan handle om grunnleggende aspekter som å få oversatt et brev, tilgang på hjelpemidler eller bistand til å løse en boligsituasjon, men også om å møte menneskene, ikke kun lidelsene eller problemene. Samtidig peker flere på at fagpersoner kan frykte at de ikke kan nok til å hjelpe, og at også for dem er kompetanse viktig for å stå i arbeidet. Selv om spesialkompetanse framheves som viktig, formidlet våre informanter at man som helse- og sosialfagarbeider kommer langt med de grunnleggende prinsippene for profesjonen og god praksis. Arbeid for torturutsatte er derfor også et fagfelt som generalister i mange tilfeller kan «stå» i på en god måte så fremt de ikke blir stående alene uten å vite hvor de kan henvende seg for veiledning, kompetanseheving eller henvisning. En informant som hadde prøvd å øke sin egen kunnskap, erfarte situasjonen slik: «Jeg opplever når jeg graver i det, at det er ikke så mange som har den kompetansen. Det er veldig vanskelig å finne fram til noen som virkelig vet hva de driver med» (deltaker 17). Hens erfaring peker nettopp på at tjenesteutøvere kan bli stående faglig alene. Noen informanter opplevde også at mulighetene til relevant kompetanseheving er begrenset. I tillegg kan det være utfordrende å prioritere kompetanseheving i en hektisk jobbhverdag. Flere påpekte også at rehabilitering er et flerfaglig prosjekt, og at det å yte god (nok) hjelp ikke kun handler om terapi i behandling, men om systemforståelse:

Kompetansebehov inkluderer også systemforståelse og kunnskap om rettigheter, økonomi og det praktiske. [... Med pasienter med flyktningbakgrunn er det så] mye du trenger å skaffe deg oversikt over som du ikke har med de andre pasientene både når det gjelder utlendingslovgiv-

ning og økonomi, lovverk og, ikke minst, helse. [Dette er] ikke nødvendigvis satt i system, i hvert fall ikke der jeg jobber (deltaker 14).

Uten en helhetlig og tverrfaglig tilnærming opplever fagpersoner å måtte mestre flere fagområder alene. I slike situasjoner vil tilbud kunne dra nytte av tiltak som individuell plan (Helsedirektoratet, 2015b) og framgangsmåter som skissert i *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov* (Helsedirektoratet, 2017a). Videre forskning kan med fordel belyse hvordan disse veilederne benyttes opp mot torturutsatte.

Noen av våre informanter påpekte også betydningen av utholdenhet. Ingen vil oppnå ønskede resultater med alle pasienter/brukere, og arbeidet kan ta lang tid. Det kan være en krevende balansegang å møte mange torturutsatte på en bærekraftig måte, der man balanser det å være et medmenneske som berøres, med nok emosjonell avstand og profesjonalitet i relasjonen:

Jeg tenker det er en [viktig] egenskap å fortsatt bli berørt. Hvis jeg ikke lar meg berøre, kan jeg ikke jobbe med mennesker som sliter. Når du får disse historiene der det er så gjennomgående jævlig det folk blir utsatt for, så er det klart det går inn på deg, men jeg blir ikke sittende i det fordi det er en forløsende prosess. Det er meningsfylt [...], det er et omsetningsprosjekt [...] når du skal skrive det nøkternt i et mer medisinsk-psykologisk språk som er skrellet for emosjoner, på en måte. Det i seg selv er en prosess som er litt terapeutisk for meg (deltaker 15).

For denne informanten var altså selve dokumenteringen viktig for å «stå i» arbeidet:

Den prosessen med å få tak i historien, i å skrive den ned, jeg synes at det i seg selv er forløsende. Jeg gråter innimellom. Jeg må på en måte dele det, for det gjør faktisk vondt, men jeg tåler det.

Flere informanter trakk fram betydningen av å arbeide med temaet «tortur» på forskjellige nivå, og å jobbe med ulike grupper, for å kunne bearbeide de individuelle historiene. De som jobbet klinisk på heltid, beskrev variasjon i pasientgruppen som fordelaktig: «Jeg tror at hvis man skal overleve som behandler i dette, så må man ha variasjon, ellers så er det ikke bra for et menneske» (deltaker 5). En annen beskrev noe lignende: «Man må ikke ha for mange pasienter på en gang som har den type ekstrem traumatisering. Man skal kjenne godt etter hva man orker å ta imot» (deltaker 6).

Det å arbeide med torturutsatte betyr å arbeide med store, eksistensielle tema (Kjellenberg et al., 2014). Som en informant sa: «Når du bare jobber med traumer og tortur, så blir det mye ondskap du skal håndtere» (deltaker 7). I møte med dette trekker informantene fram at det blir viktig med oppmerksomhet på det som er godt, og ha et meningsfylt liv utenfor jobben: «I møte med *det onde* så må jeg ha mye fokus på *det gode*. Må være en balanse i det» (deltaker 8). Tidligere forskning viser at støtte er viktig i arbeid med komplekse traumer, og peker videre på balanse mellom jobb og fritid, fysisk aktivitet, sunt kosthold og praksiser som bønn, meditasjon og mindfulness (Barrington & Shakespeare-Finch, 2013; Posselt et al., 2020). Imidlertid er ivaretagelse ikke bare personavhengig, men også institusjonelt betinget.

Institusjon: koordinering og organisatorisk ivaretagelse

Informantene trakk fram arbeidsgiverens tilrettelegging, tilgang på fagmiljø, veiledning og kollegastøtte, kompetansehevede tiltak og koordinering som institusjonelle betingelser for trivsel og utholdenhet i arbeidet for torturutsatte. Flere fortalte at disse institusjonelle

rammene er under press eller fraværende. En uttrykte det slik: «Jeg kan ikke slåss på to fronter, både for en suicidal pasient og mot et system» (deltaker 9).

Utilstrekkelig tilrettelegging, manglende forståelse for hva behandling og rehabilitering av torturskader innebærer, og utfordringer knyttet til samarbeid på tvers av nivå og sektorer, er gjengangere i informantenes refleksjoner. Torturrehabilitering kan kreve flerfaglig samarbeid over tid og koordinering av ulike helse- og velferdstjenester. Flere informanter påpekte at torturutsatte som gruppe skiller seg ut, at de «trenger hjelp som går utover det vi vanligvis gjør [...] – de trenger at vi går utover våre tradisjonelle funksjoner og roller» (deltaker 3). Mange beskrev nettopp hvordan de strakk seg ut over både arbeidstid og plikter.

Viktigheten av tilgang på kollegastøtte, veiledning og muligheten til å jobbe i team ble framhevet også av andre (Barrington & Shakespeare-Finch, 2014; OHCHR, 2004; Posselt et al., 2020). En informant omtalte verdien av å være del av et team: «Vi bruker hverandre til det kliniske ut ifra egne behov der og da – nå må jeg ha råd, trøst, hjelp, noen med meg i behandlingsrommet» (deltaker 7). Informantene trakk fram teamstabilitet, trygghet og fellesskap med rom for uenighet som spesielt positivt. Som en fortalte:

Vi har åpne dører, veiledning, rom til å være de vi er og bli forstått og tatt på alvor. Jeg er heldig som er i en gruppe som er trygg på hverandre. Vi kan være uenige, men vi har felles forståelse for at det vi gjør er viktig, og har sånn tro på det vi gjør (deltaker 12).

Denne typen fagmiljø og kollegarelasjon er en støtte i behandlings- og rehabiliteringsløp. Det kan hjelpe profesjonsutøveren å sortere ut hva hen kan gjøre noe med, og være med på å forebygge mulig negativ belastning fra arbeidet. Søftestad (2004, s. 96) understreker tilsvarende at «[b]ehovet for *anerkjennelse* av praktikerens tanker, følelser og reaksjoner [...] er like aktuelt som det er for de traumeutsatte» man jobber for (se også Posselt et al., 2020).

Flere informanter understrekte betydningen av at tiltak som veiledning ses som del av arbeidet, forankret på ledernivå. Noen jobber i enheter der både intern og ekstern veiledning var institusjonalisert. En informant reflekterte over hvordan hen, i retrospekt etter tiår i feltet, skulle ønske at veiledning hadde blitt ivaretatt:

Noen å sortere ting med, rett og slett [...] Det har gått litt på stumpene løs noen ganger med veldig tunge historier. Det er også noe med feltet, det er så tunge historier som du helst ikke vil belemre andre med bestandig. Så lenge jeg hadde veiledning, var det veldig bra. Det [...] hjalp veldig. Det skulle jeg vært flinkere med når jeg var nyutdannet. Når man er yngre, så tenker man [...] kanskje ikke på det å ta vare på seg selv og beskytte seg i like stor grad som jeg tenker nå (deltaker 13).

Mens fagmiljø innad på en arbeidsplass kan danne grunnlag for veiledning, og spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen har gjensidig veiledningsplikt (Helsedirektoratet, 2017a), kan det oppleves belastende for ansatte med høy fagkompetanse, som er forventet å både stå i behandlingsforløp og tilby veiledning (Søftestad, 2004). Det var flere med lang erfaring som understrekte at de også hadde veiledningsbehov, og at de opplevde det som viktig at veilederen var en ekstern part.

Dette er jo saker som noen ganger kommer opp i det som kan se ut som uløselige problemer, hvor du alltid har behov for å snakke med noen andre med erfaring og kunnskap. [Du tar ikke] alt på strak arm [uten] behov for å snakke med noen [selv om] du har vært lenge i dette (deltaker 14).

En annen informant fortalte hvordan hen i ettertid kjente på en slitasje hen ikke hadde tatt hensyn til eller forebygget i yrkeslivet:

Jobben min elsket jeg. Men selv om jeg likte jobben og synes den var fantastisk, så hadde det vært en slitasje som jeg ikke hadde vært nok oppmerksom på. Det er noe med det at så lenge du holder på med det, så finner du en måte, så går det, det ruller og går... (deltaker 5).

Å arbeide med og forholde seg til torturutsattes erfaringer kan lede til et intenst behov for å «gjøre noe», som noen løser ved å engasjere seg i for eksempel menneskerettighetsarbeid, men det kan også føre til håpløshet rundt hva man faktisk får gjort noe med (Blackwell, 1997). I sin studie om å være profesjonell hjelper i overgrepssaker med barn og unge viser Søftestad (2004, s. 97–98) hvordan følelsesmessige reaksjoner kan representere både en belastning og en ressurs i arbeidet, og at det derfor er viktig at det ikke «privatiseres», men anerkjennes som del av fagdiskursen.

Mens det på individnivå er viktig for hjelperen å lære seg å kjenne og ta hensyn til egne grenser, viser informantenes refleksjoner at ansvaret for grensesetting og ivaretagelse bør institusjonaliseres, og det er behov for at arbeidsgiveren tilrettelegger for og alminneliggjør faglige, utviklende og støttende tiltak. Slik tilrettelegging kan både styrkes og svekkes på det overordnede samfunnsnivået.

Samfunn: rehabiliteringsarbeid i skyggen av innvandringspolitikken

I arbeidet med å identifisere forhold som påvirker profesjonelle helpere positivt og negativt i arbeidet med torturutsatte, synes forhold på individnivå å relatere til institusjonelle forhold og videre til den nasjonale innretningen av helse- og velferdsområdet som sådan – og tilbake igjen. Behovet for kompetanseheving og kunnskap er illustrerende. Det fordrer innsats fra den enkelte tjenesteutøver, tilrettelegging fra ledelsen, kompetansehevende tiltak og innlemming i helse- og sosialfaglige utdanningsløp. Som en informant understrekte: «Det er ingenting i grunnutdanningen, ingenting på tortur, og heller ikke om flyktninger» (deltaker 17). Tilsvarende vil koordinering av en rehabiliteringsprosess lette arbeidsbelastningen for den enkelte. Et par av våre informanter sammenfattet opplevelse av avmakt i møte med de organisatoriske og velferdspolitiske rammene for torturrehabilitering slik:

Jeg synes [arbeidet] er meningsfullt, men også veldig utfordrende fordi strukturene ikke er på plass verken i forhold til dokumentasjon, menneskerettighetsperspektivet, rettsikkerhet eller systematikk i behandlingsapparatet (deltaker 7).

Jeg vil nok si det at, [pasientenes torturhistorier], det var ikke den største belastningen. Belastningen var når vi var nødt til å forholde oss til systemet (deltaker 5).

Anbefalinger til innretning av tilbud og utdanningsløp som vår kritikk avføder, er videre begrunnet og redegjort for i tidligere publikasjoner (Røde Kors, 2020; Lønning et al., 2021). Der dokumenterer vi hvordan torturskader er nært sagt fraværende som tema i relevante utdanningsløp og sjelden eksplisitt gjenstand for tilstrekkelig organisatorisk eller institusjonell tilrettelegging, slik informantene bemerket. Dette tydeliggjør hvordan de ulike nivåene henger sammen, og høyner risikoen for privatisering (individualisering) av ansvar for torturrehabilitering. Det sannsynliggjør også privatisering av belastningen som arbeidet kan innebære (emosjonelt, administrativt og faglig). Når organisatorisk tilrettelegging, tverretatlig samarbeid og kompetansehevingstiltak ikke kommer *av seg selv*, gjøres det avhen-

gig av at ildsjeler investerer tid og krefter for å kompensere for mangler på samfunnsnivå (utdanning og tydelig ansvarsfordeling), på institusjonelt nivå (tilrettelegging ved arbeidsplassen og koordinering) og på individnivå (kompetanse, emosjonell belastning, arbeidsbelastning etc.).

Nasjonal veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente IS-1022 (Helsedirektoratet, 2015a) beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av hva som er god faglig praksis for ansatte i helsevesenet i møte med blant andre torturutsatte. Hdirs faglige retningslinjer og veiledere er ikke rettslig bindende, men ifølge Hdir (2019) betyr betegnelsen *skal* at det «sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt». I et eget punkt om torturutsatte (7.2) slår veilederen fast at «[h]elsepersonell skal kjenne til symptomer på tortur, diagnostikk, behandling og oppfølging i tråd med [Istanbul]protokollen», den internasjonale minimumsstandarden for dokumentasjon av torturskader (OHCHR, 2004). Hdir (2015a, 4.5) anbefaler også at kommunene tilbyr «en helseundersøkelse til alle flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente for å kartlegge helsetilstand og eventuelle behov for psykisk og/eller somatisk oppfølging» tre måneder etter ankomst. Hdir (2017b) har i forlengelse av denne anbefalingen utarbeidet et helsekartleggingsskjema som inkluderer to spørsmål om torturerfaringer, samt andre punkter som kan identifisere påkjenninger som fordrer oppfølging. Kommunale helsetjenester pålegges imidlertid ikke å tilby eller gjennomføre kartleggingen, og det er uvisst i hvor stor grad kommuner benytter seg av (det fullstendige) kartleggingsskjemaet – nok et felt hvor det er behov for videre forskning. Veilederen IS-1022 viser at nivåene vi tar utgangspunkt i i vår analyse, henger sammen, men også at godt begrunnede nasjonale veiledere ikke uten videre gir utslag i god eller bærekraftig praksis så lenge de kan gjøres til gjenstand for institusjonell prioritering av knappe ressurser.

Flere av våre informanter trakk også fram en annen faktor på samfunnsnivå som relevant for hvordan de opplever å arbeide med og for torturutsatte: innvandringspolitikken og en hardere offentlig debatt. Innvandringspolitikk og medfølgende diskurser påvirker arbeidet med og for asylsøkere, flyktninger og irregulære migranter. Flere informanter trakk fram en negativ påvirkning som resultat av dette. Strukturrelaterte utfordringer gjorde seg gjeldende uavhengig av oppholdsstatus, men hadde en annen karakter der spørsmål om asyl og oppholdsstatus ikke var avklart, eller der pasienten/brukeren hadde fått avslag om beskyttelse eller hadde midlertidig status (se også Birck, 2002). En informant artikulerte seg slik:

Det er tøft å stå i denne jobben over tid. Tøft å oppleve det som er så vanvittig urettferdig, å være vitne til så meningsløs lidelse. Det er ganske tungt. [...] Å se at torturofre går helt til grunne, bare blir dårligere og dårligere og ikke gis opphold, og ikke [opplever at de kan] reise hjem igjen [...]. De sier jo: «Da vil jeg heller dø» (deltaker 10).

I særlig grad var dette knyttet til frykt for *refoulement* – det vil si, brudd på vernet mot utsendelse til land der personen risikerer å bli utsatt for tortur (FNs torturkonvensjon, 1984, artikkel 3). Som en annen sa: «Hvis man ser at folk blir sendt tilbake til noe man tror er forfølgelse og tortur, og mye menneskelig lidelse, da er det [altså] andre ting enn møtet med torturverleveren som er det tøffe [i arbeidet]» (deltaker 3).

I sin studie om behandlere for torturutsatte i Australia finner Posselt et al. (2019, s. 420) også at landets innvandringspolitikk er en viktig stressfaktor som ikke kun påvirker pasientene. Dette gir gjenklang i våre funn og omhandler de menneskelige konsekvensene og grunnleggende verdisyn. Diskursen rundt grupper påvirker også hvordan det er å være profesjonell hjelper:

Jeg synes det tyngste er de politiske endringene. I samfunnet er det [et] mer negativt syn på flyktninger, [en] veldig mistenkeliggjøring av gruppen og [det sies] stygge ting. Du skal ha en veldig sterk indre overbevisning om at du ser det for det det er – politikk. Men du blir uansett påvirket av det som skjer rundt deg. Det å velge å jobbe i et felt som har lite *kred*, det kan være tungt for mange. [...] Det menneskerettighetsbaserte utgangspunktet for jobben vår har vært en god hjelp til å navigere det politiske klimaet (deltaker 11).

Denne informanten pekte dermed tilbake til individnivå, personlig engasjement og overbevisning. For flere informanter hang det meningsfylte i arbeidet tett sammen med å jobbe for at systemet tilstrekkelig skal ivareta torturutsattes behov. Imidlertid kan det være så mange hindre og forhold de ikke har innflytelse på, at profesjonelle hjelpere kjenner på motløshet. Mens de kan strekke seg langt for å møte behov hos den enkelte, eventuelt uttale seg offentlig eller bli kalt på som ekspertvitner, er innvandringspolitikken og -debatten et hinder som kan oppleves som for uoverstigelig og langt utenfor deres innflytelse og kontroll.

Konklusjon

Få går uberørt fra møter med mennesker utsatt for grove menneskerettighetsbrudd. I denne artikkelen har vi sett på hvordan profesjonsutøvere opplever å «stå i» arbeid der de yter ulike former for hjelp, behandling og rehabilitering for torturutsatte. Vi har tatt for oss både positive og negative betingelser som informantene framhevet på individ-, institusjons- og samfunnsnivå. De tre nivåene er tett sammenvevd, og både utfordringer og muligheter framstår gjensidig betinget. Datamaterialet viser at behandlings- og rehabiliteringsarbeidet gjerne krever både et særskilt engasjement og utholdenhet. På tvers av fagområde, nivå, sektor og erfaring peker informantenes samlede refleksjoner på behov for, og styrken i, å være del av et fagmiljø, kompetanse og koordinering og betydningen av gode institusjonelle rammer for ivaretagelse, støtte og utvikling. Flesteparten av informantene tilhørte spesialisttjenesten. I videre forskning mener vi det er viktig å undersøke praksis i førstelinjen og rolleavhengige rammebetingelser innenfor offentlig, privat og ikke-statlig sektortilhørighet.

Flere av informantene våre ga uttrykk for en tilsynelatende motsetning i sin forståelse av hva arbeidet med torturutsatte krever: De omtalte det som krevende og betinget av kompetanse, og det ble ufarliggjort når de understrekte at det å møte torturutsatte på en god måte handler om å være et profesjonelt medmenneske, og at dette skal være en del av relevante profesjonshjelperes repertoar. Gjennom deres refleksjoner tolker vi den virkelige motsetningen som spenningen mellom når profesjonsutøvere, på den ene siden, skal «kjenne til symptomer på tortur, diagnostikk, behandling og oppfølging i tråd med [Istanbul]protokollen» (Helsedirektoratet, 2015a, 7.2), gi innhold til «så fullstendig rehabilitering som mulig» (FNs torturkonvensjon, 1984, artikkel 14) og svare med koordinerte multidisiplinære tjenester på store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2015b, 2017a), og når de på den andre siden erfarer mangelfull tilrettelegging for arbeidet. Eksempler kan være mangelfull opplæring/kompetanseheving, manglende henvisningsmuligheter (for eksempel for dokumentasjon i tråd med Istanbulprotokollen) og utilstrekkelig koordinering mellom aktører.

Som vi har vist tidligere (Røde Kors, 2020; Lønning et al., 2021), er det vesentlige utfordringer på helse- og velferdsområdet når det kommer til et likeverdig og systematisk rehabiliteringstilbud til torturutsatte. Selv om våre informanter kunne oppleve torturskader som krevende, var det ikke dette de trakk fram som det vanskeligste – men avmakten de kan kjenne på i møte med et mangelfullt system for et helhetlig tilbud. Etablering av organisatoriske rammer som tilrettelegger for ansvarsfordeling, ivaretagelse, kompetanseheving og

tverrfaglig samarbeid, er et godt sted å starte for å møte disse utfordringene. For ved å ivareta de som er i en yrkesmessig situasjon der de tilbyr hjelp, behandling og rehabilitering av torturskader, ivaretar man også mennesker som har overlevd tortur.³

Referanser

- Barrington, A. J. & Shakespeare-Finch, J. (2013). Working with refugee survivors of torture and trauma: An opportunity for vicarious post-traumatic growth. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(1), 89–105. <https://doi.org/10.1080/09515070.2012.727553>
- Barrington, A. J. & Shakespeare-Finch, J. (2014). Giving voice to service providers who work with survivors of torture and trauma. *Qualitative Health Research*, 24(12), 1686–1699. <https://doi.org/10.1177/1049732314549023>
- Birck, A. (2002). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology*, 7(2), 85–90. <https://doi.org/10.1177/153476560100700203>
- Blackwell, D. (1997). Holding, containing and bearing witness: The problem of helpfulness in encounters with torture survivors. *Journal of Social Work Practice*, 11(2), 81–89. <https://doi.org/10.1080/02650539708415116>
- Broch, Å. M. (2019). Et komplisert puslespill: En kvalitativ studie av psykologers opplevelser av arbeid med traumatiserte flyktninger. Masteroppgave. Universitetet i Oslo.
- Cardena, E., Butler, L. D., Reijman, S. & Spiegel, D. (2013). Disorders of extreme stress. I G. Stricker, T. A. Widiger & I. B. Weiner (red.), *Handbook of psychology: Clinical psychology* (s. 193–216). John Wiley & Sons, Inc.
- Deighton, R. M., Gurriss, N. & Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 63–75. <https://doi.org/10.1002/jts.20180>
- Dinardi, C., Lie, B., Sveaass, N. & Weiss, N. (2021). *Torturutsatte i den norske asylprosessen: En utredning av Norges forpliktelser, og anbefalinger til praksis*. Fafo-rapport 2021:18.
- Enger, M. M. (2019). *Transnasjonal aktivisme mot tortur: Norske psykologer og psykiatere og traumebehandling av flyktninger*. Masteroppgave. Universitetet i Oslo.
- Grut, L., Tingvold, L. & Hauff, E. (2006). Fastlegens møte med flyktninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 10(126), 1318–1320.
- Helsedirektoratet (2010). *Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi IS-1855*.
- Helsedirektoratet (2015a). *Nasjonal veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente IS-1022*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>
- Helsedirektoratet (2015b). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator IS-2651*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet (2017a). *Sammensatte behov – Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet (2017b). *Skjema for helseundersøkelse for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. <https://www.fhi.no/contentassets/c6429c78496e47b185f9f7b45101e7b3/skje-ma-helseundersokelse-flyktninger-asylsokere.pdf>

3. En stor takk til informantene, som delte sine erfaringer med oss, og til de to anonyme fagfellene for deres konstruktive og reflekterte kommentarer. Førsteforfatter ønsker også å takke FO ved seksjonen for sosionomer for fagstipend.

- Helsedirektoratet (2019). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*.
<https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Hjemdal, O. K. (2006). *Kartlegging av tilbudet til traumatiserte ofre for vold, overgrep, ulykker og katastrofer, flyktninger og torturofre*. NKVTS.
- Høyvik, A. C., Lie, B. & Willumsen, T. (2018). Dental anxiety in relation to torture experiences and symptoms of post-traumatic stress disorder. *European Journal of Oral Sciences*, 127(1), 65–71.
<https://doi.org/10.1111/eos.12592>
- Kjellenberg, E., Nilsson, F., Daukantaitė, D. & Cardeña, E. (2014). Transformative narratives: The impact of working with war and torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 120–128. <https://doi.org/10.1037/a0031966>
- Lie, B., Lavik, N. J., & Laake, P. (2001). Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. *Journal of Refugee Studies*, 14(3), 276–294. <https://doi.org/10.1093/jrs/14.3.276>
- Lønning, M. N., Houge, A. B., Laupstad, I. & Aasnes, A. E. (2021). "A random system": The organisation and practice of torture rehabilitation services in Norway. *Torture Journal*, 30(3), 84–100. <https://doi.org/10.7146/torture.v30i3.119875>
- Mathiesen, E. (2020). Hvordan kan helsepersonell hjelpe flyktninger som sliter psykisk? *Sykepleien*, 108. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82396>
- NESH (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- OHCHR (2004). *Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8rev1en.pdf>
- Patel, N., Kellezi, B. & Williams, A. C. D. C. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009317.pub2>. PMID: 25386846.
- Posselt, M., Deans, C., Baker, A. & Procter, N. (2019). Clinician wellbeing: The impact of supporting refugee and asylum seeker survivors of torture and trauma in the Australian context. *Australian Psychologist*, 54(5), 415–426. <https://doi.org/10.1111/ap.12397>
- Posselt, M., Deans, C., Baker, A. & Procter, N. (2020). Fostering mental health and well-being among workers who support refugees and asylum seekers in the Australian context. *Health and Social Care*, 28(5), 1658–1670. <https://doi.org/10.1111/hsc.12991>
- Røde Kors (2020). *Torturert og glemt? Identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge*. Oslo: Røde Kors.
- Salston, M. & Figley, C. R. (2005). Secondary traumatic stress effects on working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167–174. <https://doi.org/10.1023/A:1022899207206>
- Sigvardsdotter, E., Vaez, M., Rydholm Hedman, A-M., & Saboonchi, F. (2016). Prevalence of torture and other war-related traumatic events in forced migrants: A systematic review. *Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 26(2), 41–73. PMID: 27858780.
- Solberg, Ø., Nissen, A., Cauley, P., & Andersen, A. J. (2020). *Mental health and quality of life among refugees from Syria after forced migration to Norway: Main findings from the REFUGE study*. NKVTS.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A. & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537–549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>

- Søftestad, S. (2004). Fagfolks følelsesmessige reaksjoner – en ressurs i tverretatlig arbeid med overgrepssaker. *Fokus på familien*, 32(2), 88–99.
- Torturkomiteen (2012). *General comment no. 3. Implementation of Article 14 by State parties*. <https://www.refworld.org/docid/5437cc274.html>
- Torturkonvensjonen (1984). *FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff*. <https://lovdata.no/dokument/TRAKTAT/traktat/1984-12-10-1>.
- Varvin, S. & Aasland, O. G. (2009). Legers forhold til flyktningpasienten. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129, 1488–1490. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0212>