

# Hvordan møtes torturoverleverere i den norske helsetjenesten?

*Michael* 2026; 23: 126–133  
doi: 10.5617/michael.13328

*Torturoverleverere utgjør en særlig sårbar gruppe med komplekse somatiske, psykiske, sosiale og juridiske utfordringer. I tillegg til ulike følger etter tortur er det mange som sliter med vanskeligheter i forbindelse med flukt, nytt språk og et liv i en for dem fremmed kulturell sammenheng. Utfordringene i eksiltilværelsen og usikkerhet i forbindelse med opphold og status i det nye landet preger den enkeltes opplevelse av seg selv og sin livssituasjon. Mange er også usikre på hvilke rettigheter og muligheter de faktisk har, noe som kan bidra til mismot og resignasjon. Samtidig vet vi at tilgang på helsetjenester til denne gruppen er for lite utbygd og fragmentert.*

Torturforbudet i verden i dag er absolutt. I FNs Menneskerettighetserklæring fra 1948, heter det i artikkel 5 at: «Ingen må utsettes for tortur eller grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.» I dag er forbudet videre nedfelt i en rekke menneskerettighetskonvensjoner. Det er FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig og nedverdiggende behandling eller straff fra 1984 (UN 1984) som klarest formulerer torturforbudet og de forpliktelsene som følger av dette. Artikkel 7 i FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter har, i tillegg til torturforbudet, slått fast at ingen må «uten sitt frie samtykke, utsettes for medisinske eller vitenskapelige eksperimenter». Særlig viktig i europeisk sammenheng er artikkel 3 i den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) som uttrykker et klart forbud mot tortur og umenneskelig behandling. Sist, men ikke minst, rommer Genève-konvensjonene, det vil si krigens menneskerettigheter eller internasjonal humanitær rett, et klart forbud mot tortur også i væpnet konflikt. Dette uttrykkes i artikkel 3 som er felles for alle de fire Genève-konvensjonene (ICRC 1949). Ifølge FNs torturkonvensjon forplikter stater seg til å gjennomføre opplæring om torturforbudet til relevante faggrupper (artikkel 10), noe som inkluderer opplæring med tanke på utredning og dokumentasjon

av tortur. Retten til erstatning eller rehabilitering for mennesker som er utsatt for tortur, inngår også blant forpliktelsene (artikkel 14), og torturkomiteen har uttalt at forpliktelsen til å yte rehabilitering til torturutsatte gjelder generelt, altså uavhengig av hvor torturen fant sted (Sveaass 2023).

Stater som har ratifisert FNs torturkonvensjon, er dermed forpliktet til å gi rehabiliteringstjenester også til torturerte asylsøkere (UN 2012). At helsepersonell er godt skolert og forberedt til å kunne utrede og dokumentere tortur og torturskader, er nødvendig for å underbygge et behov om beskyttelse, beskrive behovet for spesifikke helsetjenester og for å kunne bidra med dokumentasjon i et fremtidig retts- eller erstatningsoppgjør. Det dreier seg ikke bare om å yte nødvendige helsetjenester, men å sørge for at helsearbeidere får den nødvendige kompetansen og at tilrettelagte pasientforløp for torturoverlevende sikres.

### **Torturutsatte flyktninger og asylsøkere i Norge**

Det er antatt at mellom 10 000 og 25 000 flyktninger har vært utsatt for tortur før de kom til Norge, men vi har ikke fullgod oversikt. Det er tilfeldig hvor mange torturoverlevende som blir identifisert, og vi vet lite om hva slags behandling de mottar. Norge har som et av få land i verden en bestemmelse om at helsetjenester til asylsøkere og flyktninger gis av den offentlige helsetjenesten, på lik linje med andre borgere i landet. I prinsippet er dette en god tanke, men praksis har dessverre vist at avstanden blir for stor mellom dem som trenger tjenestene og dem som yter disse, og at tjenesteapparatet i altfor liten grad har hatt nødvendig kompetanse, beredskap og utforming for å kunne innfri målet om nødvendig og god helsedekning til mennesker som søker beskyttelse i Norge. Særlig tydelig blir dette når vi snakker om mennesker som er utsatt for alvorlige overgrep, for eksempel tortur og konfliktrelatert seksuell vold.

Nasjonal veileder for helsetjeneste til asylsøkere, flyktninger og familie-gjenforente (Helsedirektoratet 2017) spesifiserer hva som er *lovpålagte* tjenester og hva som er tjenester som *bør* gjennomføres. I de senere utgavene av veilederen er også tilbud til torturutsatte innarbeidet i et eget kapittel 7, Psykososial oppfølging, som omtaler flyktninger som er traumatiserte, torturerte og/eller krigsskadede, og asylsøkere og familie-gjenforente. Det vises blant annet til betydningen av at tortur og andre overgrep blir identifisert tidlig, og at fravær av raske tiltak vil kunne føre til kronifisering.

Veilederen understreker at skader i forbindelse med tortur, krigstraumer eller andre overgrep kan identifiseres og utredes også senere. Det er viktig å oppdage og beskrive slike skader tidlig, men dersom dette ikke lar seg gjøre, er det viktig at personen får anledning til å få slike traumatiserende

erfaringer beskrevet og utredet på et senere tidspunkt. Det gjelder både behandling og dokumentasjon. Muligheten for dokumentasjon må altså være til stede både i ankomstfasen og senere. Veilederen viser også til det som anses for å utgjøre «gullstandarden» når det gjelder torturdokumentasjon, nemlig den såkalte Istanbulprotokollen (FNs manual for utredning og dokumentasjon av tortur og umenneskelig behandling, IP-2022) (OHCHR 2022). Istanbulprotokollen inneholder retningslinjer for utredning og dokumentasjon av tortur, konsekvensene av tortur samt omtale av ulike former for tortur. Veilederen slår fast at: «Dokumentasjonen er et viktig grunnlag for helsemessig oppfølging, nødvendig behandling eller rehabilitering» og at «Helsepersonell skal kjenne til symptomer på tortur, diagnostikk, behandling og oppfølging i tråd med «protokollen» (Hesledirektoratet 2017).

Det er etablert flyktninghelsetjenester flere steder i landet, men tilbudet til torturoverleverne er svært varierende. Kompetansen om torturrehabilitering har ikke nådd ut til landets helsetjenester, og kunnskap i forbindelse med tortur og torturskader har ikke, slik ønsket var, blitt en del av helsetjenesten. Det viser seg også at torturoverleverne sjelden forteller spontant om opplevd tortur, og ofte blir de heller ikke spurt om de har opplevd noe slikt. Det kan derfor gå år før de får den hjelpen de burde ha fått på et tidlig tidspunkt etter ankomst til Norge.

### **Helsetjenesteforbruk**

Til tross for svak systematikk når det gjelder oppfølging av tilbud til torturoverleverne, viser undersøkelser gjennomført av Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS) at traumatiserte flyktninger i Norge har et betydelig høyere helsetjenesteforbruk sammenlignet med andre flyktninger og majoritetsbefolkningen. Forskningsprosjektet Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger (TR-REFUGEES) har fulgt traumatiserte flyktninger over flere år. Prosjektet handler om helsetjenestebruk, psykisk helse og rehabilitering. Resultatene viser at traumatiserte flyktninger har hyppigere kontakt med fastlege enn andre (7–9 konsultasjoner årlig), økt bruk av legevakt og fysioterapi og høyere bruk av psykotrope legemidler og langvarig smertebehandling. 60–70 % oppgir behov for psykisk helsehjelp, og ca. 35 % har hatt kontakt med psykolog/psykiater siste år. (Straiton et al. 2017; Fjeld-Solberg et al. 2020).

Helsekostnadene for traumatiserte flyktninger er anslått å være 2–3 ganger høyere enn for gjennomsnittsbefolkningen, hovedsakelig på grunn av omfattende behov for psykisk helsehjelp og rehabilitering. Dette understøtter behovet for et systematisk og tverrfaglig rehabiliteringstilbud med muligheter for langvarig oppfølging i helsetjenesten for denne gruppen.

## Tilbud til traumatiserte flyktninger og asylsøkere – litt historikk

Helt siden spørsmålet om helsetjenester til flyktninger ble tematisert på 1980-tallet har politikken vært at helsetjenester til asylsøkere og flyktninger skulle ytes av det ordinære systemet (Stortingsmelding nr. 74 (1979-80) Om innvandrere i Norge). Her vises det til «det ansvar som både sosial- og helsetjenesten har med hensyn til å yte nødvendige tjenester til denne gruppen, og betydningen av at disse legges til rette på en slik måte at de blir tilgjengelige for gruppen det er snakk om». Det vises til at: «Helsetjenestens utgangspunkt har vært at innvandrere så snart som mulig etter ankomsten til landet får de samme tilbud som nordmenn når det gjelder forebyggende helsearbeid og andre helsetjenester.» Videre understreker meldingen at: «Siktepunktet vil være at innvandrernes helseproblemer enten de er av psykiatrisk eller allmennmedisinsk natur må bli en selvsagt oppgave for det etablerte helsevesen. Et viktig utgangspunkt vil være en systematisering og kritisk vurdering av erfaringer man hittil har samlet på dette området» (Stortingsmelding nr. 74, s. 83).

Det var med andre ord bred politisk enighet om å gjøre det offentlige helsevesenet ansvarlig for disse helsetjenestene – og at dette forutsatte kompetanseoverføring. I den forbindelse ble Psykososialt team, senere senter for flyktninger (PSF) etablert ved Universitetet i Oslo (UiO) i 1986. Målet var å drive undervisning og veiledning til helsepersonell på landsbasis og tilby spesialiserte tjenester for sterkt utsatte flyktninger som ikke hadde fått oppfølging andre steder.

Dette initiativet var en første respons på et økende behov for spesialisert kunnskap og behandling for flyktninger med traumer og torturopplevelser, særlig etter økt tilstrømming av flyktninger fra Sørøst-Asia, Latin-Amerika, Midtøsten og Balkan på 1980- og 1990-tallet. Senteret ble organisatorisk lagt under Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, og ble finansiert gjennom en kombinasjon av statlige midler og prosjektstøtte.

Psykososialt senter for flyktninger fungerte dermed som behandlings- og kompetansesenter med klinisk virksomhet, undervisning og forskning om psykososiale konsekvenser av krig, flukt og tortur. Tidlig på 1990-tallet ble psykososiale team for flyktninger etablert i Vest-, Midt- og Nord-Norge og i 1998 i Sør-Norge. Teamene skulle bidra til oppbygging og styrking av kompetanse for å følge opp bosatte flyktninger i ulike regioner i Norge. Bakgrunnen var anbefalinger fra Helsedirektoratet og Sosialdepartementet om å bygge opp lokale lavterskeltilbud for psykososial oppfølging. Teamene samarbeidet med representanter fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunenes helse- og sosialtjeneste, skole, NAV/arbeid og flyktningstjeneste. De skulle bidra til koordinert oppfølging og tidlig intervensjon for flyktninger med psykiske plager og lidelser.

I 2004 ble Psykososialt senter for flyktninger ved Universitetet i Oslo en del av det nyopprettede Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk

stress (NKVTS). Sammenslåingen innebar at den kliniske virksomheten, som langt på vei hadde vært senterets viktigste oppgave, ble utelukket i det videre arbeidet. Det ble lagt større vekt på veiledning og undervisning, men det var hele tiden et sterkt ønske fra behandlere og forskere ved NKVTS om å reetablere klinikk, eventuelt en forskningsklinikk. Målet var å drive systematisk kompetanseoppbygging, behandling av spesielt utsatte personer samt å videreføre kunnskapen fra fagmiljøer i Europa om viktigheten av oppfølging, flerfaglighet og kontinuitet i arbeidet med torturerte flyktninger.

Det ble aldri noe av en slik klinikk – heller ikke ved de regionale sentrene. Helsemyndighetene ønsket tydeligvis ikke en institusjon der forskning og klinikk kunne kombineres.

Men det var heller ikke de ansattes intensjon at klinikken skulle være et hovedtilbud. Ingen var uenige i at den offentlige helsetjenesten skulle tilby nødvendige helsetjenester og rehabilitering til torturerte asylsøkere og flyktninger.

Da regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) ble etablert, ble de psykososiale teamene innlemmet i disse. Dette førte dessverre til nedprioritering av arbeidet for traumatiserte flyktninger og torturoverlevende spesielt, selv om det viste seg at det var mulig å opprettholde et begrenset klinisk tilbud ved noen av teamene, i samarbeid med den lokale helsetjenesten.

De regionale psykososiale teamene og det nasjonale Psykososiale senter for flyktninger (PSSF), var en sterk faglig drivkraft for opplæring, veiledning og systematisering av erfaringer, og det var et utstrakt faglig samarbeid mellom disse (Dinardi et al. 2021). NKVTS, nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress overtok ikke det kliniske miljøet av PSSF. Da også de psykososiale teamene ble innlemmet i de regionale sentrene, RVTS'ene, førte dette til bekymring blant engasjerte fagfolk for ivaretagelsen av det kliniske arbeid med traumatiserte og torturutsatte flyktninger..

Røde Kors gjennomførte en undersøkelse om dette i 2020 (Lønning et al. 2020). Rapporten konkluderer med at det er stor variasjon i hva slags tjenester som ytes fra sted til sted i Norge, og at situasjonen preges av tilfeldigheter når det gjelder hvem som fanges opp, hvem som tilbys tjenester, og av hvem. Kunnskap om tortur og torturskader var i hovedsak fraværende, og det manglet rammer for å kunne følge opp identifiserte torturoverlevende. Rehabilitering, som er et offentlig ansvar, var ikke fulgt opp i helsetjenesten. Som svar på denne rapporten tok Utlendingsdirektoratet (UDI) samme år initiativ til prosjektet Torturutsatte i den norske asylprosessen (Dinardi et al. 2021). Rapporten inneholdt mange anbefalinger til offentlige myndigheter som har ansvar for torturutsatte – nemlig justis-, utlendings- og helsemyndighetene.

Utlendingsdirektoratet besluttet i november 2024 å følge opp anbefalingene i rapporten. De utarbeidet en tiltakspakke, blant annet med tiltakskort for intervjuere og tiltakskort for mottaksansatte til hjelp i møte med asylsøkere. UDI utformet også et brev som asylsøkere som hadde vært utsatt for tortur, kunne gi til helsepersonell som de kom i kontakt med som beboere på asylmottak. I brevet bekrefter UDI at asylsøkeren har vært utsatt for tortur og at helsepersonell gjerne kan bistå med å dokumentere dette. Dette brevet førte til en del uro blant helsepersonell som opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig kompetanse, ei heller noen klar hjemmel eller takst tilknyttet en slik utredning.

Ved dette fikk vi igjen bekreftet vår antakelse om at det ikke er god nok kompetanse i helsetjenesten innen dette fagfeltet. Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet har begynt å arbeide med disse spørsmålene, men det har foreløpig ikke kommet noen konklusjon eller konkrete resultater.

### **Hva må gjøres?**

Det er etter hvert et stort antall torturoverlevende i Norge. Kommunene må bli bedre til å fange opp torturoverlevende når de blir bosatt. Derfor må kunnskap gjøres lettere tilgjengelig for dem som støter på torturoverlevende i sitt arbeid. Pasientforløpene må forbedres mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten slik at rutinene kan bli smidigere. Informasjon om rehabilitering av torturoverlevende i portalen Metodebok.no vil kunne bidra til at de som ønsker å gjøre alvor av å drive helsearbeid basert på menneskerettslige prinsipper, kan gjøre det. Legeforeningen og Psykologforeningen må innlemme temaet tortur og torturrehabilitering i etter- og videreutdanninger, og informasjon må gjøres lett tilgjengelig digitalt og som timetellende kurs.

En del studier innen helsefag har fått løftet frem kravet om menneskerettigheter som en vesentlig plattform i opplæring og virksomhet (Stang & Sveaass 2025). Det betyr ikke nødvendigvis at det har blitt satset mer på opplæring av klinikere når det gjelder å identifisere, behandle og rehabiliterer personer som har vært utsatt for alvorlige menneskerettighetsbrudd. Fagfolk i de regionale sentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging og eksterne eksperter som er tilknyttet disse, arbeider med å få tilgjengeliggjort informasjon om torturoverlevers helsebehov og utarbeide kompetansehevingstiltak for personell. Legeforeningen har vært utfordret til å engasjere seg, og Menneskerettighetsutvalget har uttrykt interesse for å få etablert et nettbasert timetellende kurs for leger.

På Akershus universitetssykehus arbeides det med å lage et e-læringskurs om håndtering av innlagte pasienter som har vært utsatt for tortur. Dette er basert på doktorgradsprosjektet til Ana Carla Schippert fra 2024. Hand-

lingsplan for mangfold likeverd og migrasjonshelse (Helse Sør-Øst 2025) tar opp temaet tortur og viser til behovet for å sikre at denne pasientgruppen får den rehabiliteringen den har behov for.

Filmprosjektet *Overlever* bygger videre på boken *Våre stemmer – torturoverlever: vi som skulle tie* av Morten Borgersen og Fin Serck-Hansen (Borgersen 2022). Dette er et bidrag i kompetanseheving der også brukernes stemmer blir hørt.

Tortur vekker avsky hos helsearbeidere, og mange vegrer seg mot å forholde seg til det. Rehabilitering omfatter både somatiske og psykologiske tiltak, og det er nødvendig at vi forstår hva tortur er for å kunne gi rett rehabilitering og traumebehandling. Det er på tide at kompetanse om dokumentasjon av tortur og rehabilitering blir allmenn kunnskap i helsetjenesten. Dette feltet kan ikke overlates til et fåtall ildsjeler.

Men det er ikke alle som trenger terapi. Spør derfor alltid «hva trenger du mest hjelp til nå?» når du har fått historien om hva vedkommende har vært utsatt for. Svaret kan overraske, og vi har opplevd at spørsmålet kan glede den som får det.

## Litteratur

- Borgersen M. *Våre stemmer - torturoverlever: vi som skulle tie*. Oslo: Forente forlag.
- Dinardi C, Lie B, Sveaass N et al. *Torturutsatte i den norske asylprosessen. En utredning av Norges forpliktelser, og anbefalinger til praksis*. Fafo-rapport 2021:18. <https://www.fafo.no/publikasjoner/fafo-rapporter/torturutsatte-i-den-norske-asylprosessen> (5.1.2026)
- Fjeld-Solberg Ø, Nissen A, Cauley P et al. *Mental health and quality of life among refugees from Syria after forced migration to Norway Main findings from the REFUGE Study*. NKVTS Rapport 1-20. [https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/10/NKVTS\\_Rapport\\_1-20\\_REFUGE.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/10/NKVTS_Rapport_1-20_REFUGE.pdf) (5.1.2026)
- Folkhelseinstituttet. *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn*. <https://www.fhi.no/https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/> (5.1.2026)
- Helsedirektoratet. *Nasjonal veileder om helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Kap 7. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente> (5.1.2026)
- Helse Sør-Øst. Regional handlingsplan for mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse i Helse Sør-Øst (2025–2027). [regional-handlingsplan-mangfold-likeverd-og-migrasjonshelse v.2.0-.pdf](https://www.helse-sor-ost.no/regionale-handlingsplaner/mangfold-likeverd-og-migrasjonshelse-v2025-2027) (5.1.2026)
- ICRC. *Convention (I) for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field*. Geneva, 12 August 1949. <https://ihl-databases.icrc.org/en/ihl-treaties/gci-1949?activeTab=1949GCS-APs-and-commentaries> (5.1.2026)
- Lønning MN, Aasnes AE, Laupstad, I. *Torturert og glemt. Identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge*. <https://rvtsnord.no/wp-content/uploads/2023/12/torturert-og-glemt-2020.pdf> (5.1.2026)

- OHCHR. *The Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (IP-22)*. <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0> (5.1.2026)
- Schippert AC. *Å gi torturoverlevende en stemme: Utvikling av retningslinjer for å forebygge re-traumatisering under kirurgisk behandling*. doktoravhandling, Oslo: OsloMet, 2024.
- Stang EG, Sveaass N. *Hva skal vi med menneskerettigheter? Betydningen av menneskerettigheter i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal, 2025.
- St.meld. nr. 74. (1979-80). *Om innvandrere i Norge*. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet, 1980.
- Straiton M, Reneflot A, Diaz E. Mental Health of Refugees and Non-refugees from War-Conflict Countries. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2017; 19: 582–589.
- Sveaass N, Lie B. Early assessment of mental health and options for documentation of torture in newly arrived asylum seekers. I: Bhugra D, red. *Oxford Textbook of Migrant Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2020: 387–394.
- Sveaass N. The politics of torture: legal, social and political dynamics. I: Andreassen B, red. *Research Handbook on the Politics of Human Rights Law*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2023: 166–194.
- UN. *Convention against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. 1984. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading> (5.1.2026)
- UN. *CAT/C/GC/3: General comment No. 3 (2012) on the implementation of article 14 by States parties*. <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/catgc3-general-comment-no-3-2012-implementation> (5.1.2026)
- Varvin S. *Flukt og eksil. Traume, identitet og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

*Birgit Lie*  
*birgit.lie@sshf.no*  
*Enrum 11*  
*4616 Kristiansand*

*Birgit Lie er spesialist i samfunnsmedisin og i allmennmedisin. Hun har lang klinisk erfaring fra arbeid med traumatiserte og torturerte flyktninger og disputerte på temaet i 2003 ved UiO. Hun har vært medlem i Europarådets komité for forebygging av tortur (CPT).*

*Nora Sveaass*  
*nora.sveaass@psykologi.uio.no*  
*Camilla Collettsvei 12 A*  
*0258 Oslo*

*Nora Sveaass er professor emeritus ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Hun har lang klinisk erfaring fra arbeid med flyktninger og har i fire perioder vært medlem av henholdsvis FNs torturkomité og FNs underkomité for forebygging av tortur.*