



LUND UNIVERSITY

Rehabilitering av tortyrskadade flyktingar i Malmö

Utvärderingsrapport

Montesino, Norma

1992

Document Version:

Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Montesino, N. (1992). *Rehabilitering av tortyrskadade flyktingar i Malmö: Utvärderingsrapport*. (Meddelanden från Socialhögskolan; Vol. 1992, Nr 3), (Research Reports in Social Work; Vol. 1992, Nr 3). Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

MEDDELANDEN FRÅN SOCIALHÖG- SKOLAN



Norma Montesino

*Rehabilitering av tortyrskadade
flyktingar i Malmö*

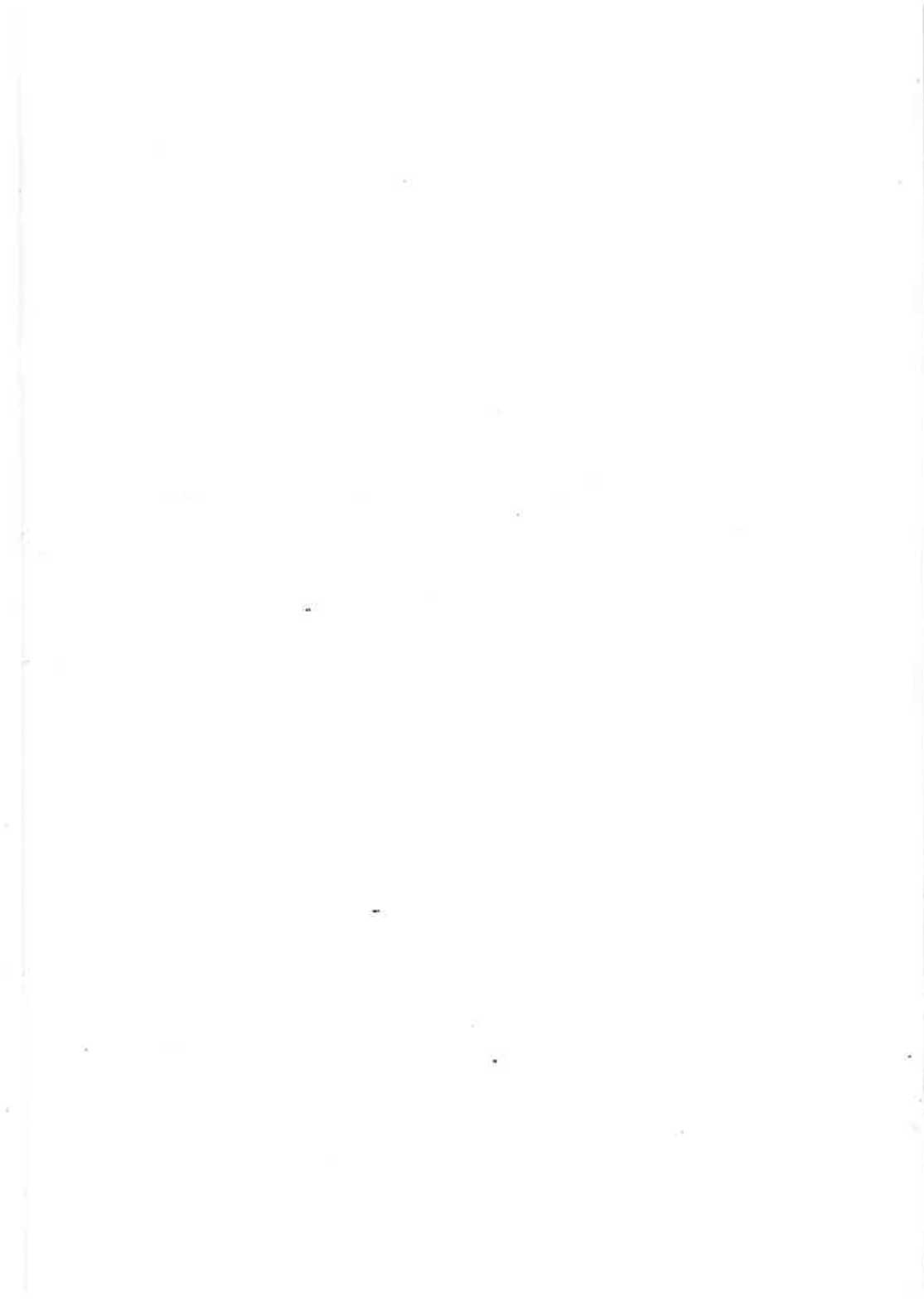
Utvärderingsrapport

1992:3

Rehabilitering av tortyrskadade flyktingar i Malmö

Utvärderingsrapport

Norma Montesino



Förord

I december 1990 slöts ett avtal mellan Röda korsets Malmöhusdistrikt och Lunds Socialhögskola om utvärderingen av verksamheten på Rehabiliteringscentret för tortyrskadade flyktingar i Malmö (RCM). Utvärderingsuppdraget avsåg: Beskrivning av projektet, dokumentation av verksamheten, utvärdering av resultat, samt förslag till utvidgning och/eller förändring av verksamheten. Utvärderingen skulle fokuseras på hur de berörda flyktingarnas sociala situation påverkats. En annan viktig fråga var Centrets kontakt med och stöd till andra institutioner som arbetar med och/eller har kontakt med flyktingar.

Utvärderingsuppdraget gav till undertecknad och har genomförts på halvtid under huvudsakligen våren och sommaren 1991. Samtal med Charles Westin vid Centret för invandrarforskning (Stockholms Universitet) har gett uppslag för arbetets inriktning. Sven-Axel Månsson (SHL) har hela tiden understött mitt arbete. Slutligen vill jag rikta ett särskilt tack till Centrets personal, utan vars stöd och intresse arbetet inte skulle ha kunnat genomföras.

Lund 30 januari 1992

Norma Montesino

Innehållsförteckning

1 Introduktion

- 1.1 Inledning
- 1.2 Bakgrund
- 1.3 Rehabiliteringscentret i Malmö
- 1.4 Disposition

2 Vittnesmål

3 Tortyr som socialt fenomen

- 3.1 Bakgrund
- 3.2 Tortyrens existentiella sida
- 3.3 Tortyrens symptom
- 3.4 Tortyrens vardag
- 3.5 Om likheter och skillnader
- 3.6 Fängelse en ny anpassning?
- 3.7 Exilen som ett ytterligare avbrott

4 Arbetets organisation

- 4.1 Bakgrund
- 4.2 Behandlingsåtgärder
- 4.3 Övrigt verksamhet

5 Arbetets innehåll

- 5.1 Grundsyn och utgångspunkter
- 5.2 Typer av behandlingsinsatser

6 Arbetsresultat

- 6.1 Bakgrund
- 6.2 Vem söker behandling
- 6.3 Första kontaktform
- 6.4 Vilka får behandling

- 6.5 Tortyr och fängelsevistelse
- 6.6 Behandling
- 6.7 Antal behandlade
- 6.8 Patientens aktuella situation
- 6.9 De behandlades syn på centret
- 6.10 Den utåtriktade informationen

7 Fängelse, tortyr och exil

- 7.1 Inledning
- 7.2 Bakgrund
- 7.3 Två olika fängelse system
- 7.4 Gruppbaseade eller kollektiva överlevnadsstrategier
- 7.5 Individuella överlevnadsstrategier
- 7.6 Överlevnadsstrategier: konsekvenser

8 Sammanfattning och slutsatser

- 8.1 Bakgrund
- 8.2 Verksamhetens resultat
- 8.3 Förslag till förändringar

Litteraturlista

Bilagor

1 Introduktion

1.1 Inledning

Rapporten avser perioden april 1988, då verksamheten startade, till och med februari 1991. Huvuddelen av studien ägnas resultatet av verksamheten vid RCM, dels av behandlingen, dels de ackumulerade erfarenheterna kring tortyrskadade flyktingar. Utgångspunkten för rapporten har varit, att allt arbete med tortyrskadade förutsätter en fördjupad kunskap om tortyr och dess effekter. En del av framställningen söker förmedla sådan kunskap, vilken också genomsyrar rapporten som helhet.

Studien bygger på skriftlig dokumentation av verksamheten, samtal och intervjuer med personal och patienter. Det datamaterial som använts är i första hand hämtat ur centrets arkiv, med patientjournaler som viktigaste källa. Vidare har kontakt tagits med personal knuten till sjukvården och socialvården i syfte att undersöka i vilken utsträckning de nåtts av centrets informationsarbete. För att vinna tid och inte tvinga patienterna till onödiga och småsamma upprepningar, har journalerna utnyttjats för en "enkätundersökning". Behandlingsmetoder och interna arbetsformer tas endast upp i den mån de intervjuade har synpunkter i dessa frågor.

1.2 Bakgrund

Centret för rehabilitering av tortyrskadade flyktingar i Malmö skapades på initiativ av Röda Korsets Malmödistrikt i april 1988. Behovet av en sådan verksamhet hade då sedan en längre tid redan artikulerats av personal som arbetade med flyktingar och av enskilda flyktingar. En första kontakt mellan sjukvården i Malmö och Rödakorsdistriktet i denna frågan hade skett redan 1985. Då föranledd av att en svårt tortyrskadat flykting sökt hjälp hos Röda Korset p g a sin rädsla för den vanliga sjukvården.

Verksamheten på centret avsågs i en första omgång pågå under tre år. Kostnaderna beräknades till ca 1,7 miljoner kronor per år. För finansieringen svarar Röda Korsets Centralstyrelse, Röda Korsets Malmöhusdistrikt, Malmö kommun, Malmöhus läns landsting, Statens Invandrarverk, Försäkringskassan och Malmö sjukvårdsförvaltning.

Exakta uppgifter om andelen tortyrskadade flyktingar finns inte. Men att andelen är stor framgår av de spridda studier som genomförts. Vid en undersökning i Linköping svarade 60 % av de flyktingar som sökte sjukvård "ja" på frågan om de hade utsatts för tortyr (Sandstedt A., 1991). I en studie från 1988 uppskattar R. Blecher motsvarande siffra för samtliga flyktingar i Sverige till mellan 20-25 % (Hjern A., 1989). Verksamheten vid Malmöcentret är dimensionerad med utgångspunkt från dessa siffror.

Liknande verksamheter utanför Sverige

När Rehabiliteringscentret i Malmö startade sin verksamhet fanns redan omfattande erfarenhet av arbete med flyktingar och tortyrskadade, både i Europa och andra delar av världen. Organisationer för rehabilitering av f d koncentrationslägerfångar, krigsfångar och psykiskt krigsskadade har funnits i olika europeiska länder sedan andra världskriget bl a i Storbritanien, Holland och Norge. Under 1970-talet uppstod ett förnyat behov av denna typ av verksamheter, som en följd av den ökande strömmen av politiska flyktingar från främst Latinamerika och Mellanöstern.

I Belgien startade av en grupp latamerikanska flyktingar 1976 COLAT (Colectivo Latinoamericano de Trabajo Psico-Social), den latinamerikanska gruppen för psykosocialt arbete. Avsikten med verksamheten var att ge stöd åt landsmän som "kommit i kris" p g a exilen och/eller som skadats av tortyr och fängelsevistelser i hemlandet. COLAT underströk från början att både exil- och tortyrproblematiken bara kan förstås i ett psykosocialt sammanhang. COLAT-gruppen har varit aktiv både i diskussionen och informationsspridningen kring dessa frågor. De senaste åren har COLAT vidgat verksamheten till att omfatta även icke-latinamerikanska flyktinggrupper.

I Danmark finns två verksamheter av denna typ. Rehabilitering och Forskningscentret för tortyroffer (RCT) och OASIS. RCT öppnades hösten 1983 i Köpenhamn, och är som namnet anger inriktad både på behandling och forskning. RCT har också haft som en central målsättning att stödja liknande centra i andra delar av världen. OASIS startade sin verksamhet 1987. Målgruppen utgörs av flyktingar med psykosociala problem, inklusive sådan orsakade av tortyr. Utöver behandlingen syftar verksamheten till att sprida kunskap och information om flyktingarnas situation i det danska samhället.

I både USA och Canada finns centra för behandling av tortyrskadade. I bl a Toronto finns ett behandlingscentrum, som även ägnar sig åt informationsspridning och utbildning av sjukvårdspersonal.

I Latinamerika har under 1970- och 1980-talen utvecklats ett omfattande verksamhet för behandling av tortyrskadade och till stöd för offren för statsdiregerad repression. En viktig del av arbete har varit (är) dokumentationen och publiceringen av brotten mot de mänskliga rättigheterna. Verksamheten i dessa länder har starkt präglats av myndigheternas fientliga inställning.

Liknande verksamheter i Sverige

I Sverige har startats en rad olika verksamheter med målsättning att underlätta flyktingens anpassning, bl a latinamerikanska mottagningen i Göteborg (1983), flyktingprojektet vid Akademiska Sjukhuset i Uppsala (1982), spanskspråkiga mottagningen i Stockholm (1984) och flyktingmottagningen i Karlstad (1987). Gemensamt för dessa verksamheter är att de arbetar med flyktingar och deras familjer och inte enbart med tortyrskadade.

En verksamhet som enbart tagit sig an tortyrskadade flyktingar har däremot sedan 1985 funnits vid **Centret för tortyrskadade flyktingar i Stockholm**. Liksom i Malmö

står Röda korset som huvudman för verksamheten. Stockholmscentret riktar sig till tortyrskadade flyktingar med uppehållstillstånd och bostad i Stockholms län. Syften med verksamheten är, förutom själva behandlingen, att sprida information om tortyr och tortyrskador. Vid sidan av den officiella verksamheten finns grupp frivilliga, som försöker hjälpa tortyrskadade flyktingar som väntar på beslut om uppehållstillstånd. Röda korset står också som huvudman för en nyligen startad verksamhet i Skövde.

1.3 Rehabiliteringscentret i Malmö

När RCMs verksamhet började planeras fanns således redan en ganska omfattande erfarenhet av arbete med tortyrskadade. Centret i Stockholm stod som förebild. Inför starten i Malmö anordnades bl a besök av personalen från Stockholmscentret. Även erfarenheter från RCT och OASIS i Köpenhamn utnyttjades.

Verksamhetens målsättning är att:

- minska lidandet efter tortyr genom behandling av fysiska och psykiska skador,
- stärka självkänslan och återge den tortyrskadade hennes värdighet,
- ge den tortyrskadade flyktingen och dennes familj möjlighet att leva ett normalt liv både fysiskt, psykiskt och socialt.

Verksamheten vid centret drivs som öppenvård och riktas till tortyrskadade flyktingar med uppehållstillstånd och bostad i Malmöhus län och deras familjer. Utifrån de givna resurser vid starten beräknades en mottagningskapacitet på 40-50 flyktingar med familjer per år. Under de drygt tre år verksamheten bedrivits har 129 personer behandlats.

Redan från början fastslogs att arbetet vid centret skulle präglas av en helhetssyn, dvs att hela den behandlades situation och hans/hennes familj tas i beaktande. För att kunna åstadkomma detta, skapades en brett sammansatt personalgrupp. För närvarande utgörs centrets personal av, förutom en verksamhetschef, en läkare, två psykologer, en sjukgymnast, en kurator, en läkarsekreterare och en administrativ assistent.

1.4 Disposition

Rapporten inleds med att en tortyrskadad flykting i komprimerad form beskriver sin erfarenhet av fängelse och tortyr. Detta redan tidigare offentliggjorda vittnesmål, publiceras här med särskilt tillstånd från den berörde. I kapitel tre beskrivs och diskuteras tortyren och dess sociala funktion. I det följande kapitlet (4) behandlas centrets egen arbetsorganisation, medan kapitel fem tar upp själva arbetets innehåll. I kapitel sex presenteras en del av de direkt mätbara resultaten av centrets verksamhet. De erfarenheter som centrets personal ackumulerat beskrivs och sätts in i ett vidare sammanhang i det följande avsnittet (kapitel 7). I det åttonde och avslutande kapitlet

diskuteras, mot bakgrund av uppnådda erfarenheter och resultat, rehabiliteringens målsättning och framtida inriktning, bl a understryks det nära sambandet mellan tortyr- och flyktingproblematiken.

2 Vittnesmål^{1/}

Jag var anställd, sen nästan tio år tillbaka, på jordbruksavdelningen på amerikanska ambassaden i El Salvador. Jag arbetade med ett projekt som syftar till att förbättra jordbruket i mitt hemland.

Jag är utbildad ekonom från universitetet i huvudstaden San Salvador. Min man arbetade som lärare vid samma universitet, och som forskare vid jordbruksdepartamentet. Han hade också mycket nära kontakter med universitetet i Wisconsin i USA, dit vi hade planer på att flytta för hans vidare studiers och arbetes skull.

Vi, min man och våra två små pojkar och jag bodde i en villa och levde ett borgerligt skyddat liv. I de kretsar vi umgicks var man knappt medveten om att det pågick ett inbördeskrig i landet. I alla fall var det något som man sällan pratade om.

Det liv jag levde då var inte så olikt det som man lever här i Sverige. Min tid delades mellan familjen och arbetet. Och jag trivdes mycket bra, inte minst med mitt arbete som engagerade mig mycket. Det var en behaglig tillvaro med få problem och vår framtid såg ljus och lovande ut.

Den 16 september 1985 raserades allt. Två av USA ambassadens säkerhetsvakter anklagade mig för att samarbeta med den El Salvadorianska gerillan. Då jag inte erkände att jag var gerillaspion, överlämnades jag till den illa beryktade "Treasury Police".

I femton dagar blev jag förhörd, förnedrad, våldtagen och torterad. Jag visste inte om det var dag eller natt. Jag var naken i en kall cell och hade ögonbindel för ögonen. I timmar kunde jag få stå under en stråle kallt vatten. Jag blev omkullknuffad då och då, och hela tiden hotade man att döda mig om jag inte svarade på deras frågor, som jag inte visste någonting om.

Jag utsattes för skenavrättningar och flera hot om avrättning. Amerikanska säkerhetsmän sa till mig att min man inte ville veta av mig längre och att han hade tagit ut skillsmässa. Man sa också till mig att mina föräldrar skulle dö. "Treasury Police" hotade hotade bl. a. med att kidnappa min man för att halshugga honom och sen skulle de komma till mig med hans huvud. Men om jag samarbetade och erkände allt skulle vara annorlunda.

Jag kände mig helt utlämnad. Jag var hela tiden rädd för att "försvinna" och att ingen någonsin skulle få veta vart jag tagit vägen. "Försvunna" personer i El Salvador kommer aldrig tillrätta. Det hade jag hört talas om tidigare. Mest orolig var jag för barnen. Jag förstod inte, och jag gör det fortfarande inte, varför jag hamnade i detta helvetiska inferno.

1. Detta vittnesmål är ordagrant hämtat ur "Det handlar om våra medmänniskor...", informationsskrift om Rödakorsets flyktarbete.

En dag fick jag några kläder, min tandborste, ögonbindeln togs av mig och jag återfick mina glasögon. Senare fick jag besök av en allvarlig man som presenterade sig som representant för Internationella rödakorskommittén (IRKK). Jag kände vagt till Röda korset men jag visste inte om jag kunde lita på mannen. Tidigare hade en kvinna kommit från den "Offentliga Kommissionen för de Mänskliga Rättigheterna". Jag litade inte på henne och berättade ingenting, därför att jag trodde att hon var polisspion. Det hände att om en fånge berättade för en sådan person om sina hemska upplevelser i fängelset, fick de senare ännu hårdare bestraffning. Så jag var rädd. Men IRKK representanten gjorde ett annorlunda intryck på mig och jag bestämde mig för att lita på honom.

Han berättade att familjen befann sig väl men att min man var oerhört orolig för mig och att mina föräldrar levde och delade hans oro. Han försökte lugna mig med att försäkra att jag inte kunde "försvinna", då han hade sett mig och kände till mitt fall.

Efter mötet med IRKK representanten kände jag mig något lugnare. Jag visste att andra visste var jag fanns. I mitt medvetande väcktes en liten strimma av hopp, även om jag efter förnyad "behandling" snart knappast visste om jag levde eller var död.

Plötsligt blev jag förflyttad till ett kvinnofängelse. Där fick jag stanna i åtta dagar. Sedan blev jag frigiven med förklaringen att anklagelserna mot mig inte skulle hålla i en rättegång. Domaren, en arméöverste, frågade mig före frigivningen om jag visste vilka papper jag skrivit under och vad jag då erkänt. Jag svarade att jag inte hade en aning om det. Jag hade under tortyren skrivit på vilka papper som helst, för att blidka mina plågoandar.

Två dagar efter frigivandet körde IRKK representanten mig till flygplatsen, och såg till att jag kom iväg till Mexiko. Jag var då som ett förskrämt viljelöst kolli, om än levande.

3 Tortyr som socialt fenomen

3.1 Bakgrund

Det är väl känt att myndigheterna i många länder använder sig av systematisk tortyr som en del av sin maktutövning. Ordet tortyr förekommer också ofta i massmedias utrikesrapportering. Amnesty International anser sig ha säkra uppgifter om att tortyr utövades i 79 länder under 1980-t. Enligt Amnestys årsrapport för 1990 hade siffran då stigit till 100 länder. Som framgår ovan så har minst en femtedel av de flyktingar som finns i Sverige blivit utsatta för någon form av tortyr.

Kan tortyr definieras?

I en rapport från Amnesty International ges följande definition:

"Tortyr är att avsiktligt, mot dennes vilja, utsätta en annan människa för ett starkt psykiskt och/eller fysiskt lidande för ett bestämt syfte. En förutsättning och viktig ingrediens i tortyren är att utövaren har totalt kontroll över offret." (Amnesty International, 1984)

Kan denna definition vara till hjälp för förståelsen av tortyren? Inslag av fysiskt och/eller psykiskt lidande finns i vardagen. Hur skall man då kunna skilja tortyr från annan typ av fysiskt och/eller psykiskt lidande?

Tortyrens funktion

Tortyr har både en latent och en manifest funktion. Den manifesta är att tvinga fram information och den latent är, genom att bryta ner individer, skrämja och tvinga befolkningen till underkastelse.

Den senare funktion är ofta viktigare än den manifesta. En officer i det uruguayanska fängelset Libertad formulerar det så här:

"Vi dödar dem inte, om vi kan låta bli, och till sist måste vi släppa ut dem. Därför måste vi göra dem så sköra som möjligt." (Hjern A. 1989)

I den ovan citerade definitionen från Amnestys rapport finns två "deltagare" i tortyrsituationen: Utövaren, den som torterar, och offret, den torterade. Termen offer visar på den polariserade maktsituationen. Ett offer är inget handlande subjekt, tvärtom, den som torteras har förlorat sina handlingsmöjligheter och så småningom, under tortyrens gång, hela känslan av att någonsin ha varit ett handlande och tänkande subjekt.

"Tortyrens syfte är inte bara att tvinga folk att tala, att förråda. Offret skall dessutom ange sig själv, genom sina skrik och sin underkastelse, som ett människodjur. I allas ögon och i sina egna ögon." (Sartre J.P., 1958)

3.2 Tortyrens existentiella sida

I boken "Tortyr och Existens" från 1989 vill Charles Westin (1989) fördjupa diskussionen av tortyren genom att sätta in den i sitt sociala sammanhang. Detta möjliggör en utvidgning av diskussionen om tortyrens effekter på individen.

Westin hävdar att tortyrupplevelsen kan inte förstås enbart utifrån en beskrivning av de fysiska eller psykiska övergreppen på individen. Han beskriver tortyr som ett avbrott i varandet, tortyren utestänger individen från sitt förflutna och sin framtid. Det är inte ens nuet som gäller under tortyrsituationen utan endast ögonblicket.

Gripandet

För att förstå tortyrfenomenet måste man börja med att beskriva den situation som den fångne försätts i genom själva gripandet. I ingen av de tortyrskadades berättelser finns antydningar om att gripandet var väntat, eller att man hade kunnat föreställa sig vad som skulle hända. Övrraskningen placerar dem automatiskt i underläge.

Från myndigheternas sida är gripandet däremot ofta noga planerat och en del av tortyrprocessen. Från och med detta ögonblick kan den gripne inte förutsäga något. Han förlorar greppet om sig själv och omgivningen. Det som händer och sägs, bestäms från och med nu av andra.

"Hur ska jag kunna förklara vad som hände runt omkring mig och i mitt inre?...Det var en varm eftermiddag, jag hade städat och duschat, jag hade en kort kjol på mig och hade en känsla av inre frid. Allt var rent i huset, min far satt under ett träd, han verkade också känna denna frid. Jag hade tagit upp en bok, lagt mig ner på soffan och precis öppnat boken...sen hände det...Det var som om huset skakade och jag förlorade mig i skräck och förvandlades till en liten flicka. Från och med detta ögonblick har jag svårt att beskriva vad som verkligen hände. Jag kommer inte ihåg hur många de var, om de var fem eller femton. Jag förlorade greppet om allt, mitt ansikte var inte längre mitt ansikte, mina händer svarade inte längre. Jag förlorade kontakten med mina tankar. Nu när jag tänker efter, kommer jag ihåg att det kändes som jag förlorade mina egna ansiktsdrag och det enda som fanns kvar var ett leende utan känsla." (Ip.)

Gripandet innebär ett avskiljande från vardagen, från den fysiska, sociala och affektiva miljön. Fången isoleras, från allt välkänt, från familj och vänner och hon fråntas de saker hon bär med sig. Efter att ha isolerats från sina egna, är de enda hon har kontakt med "de andra", de som fångade henne.

Hedda Giertsen (1990) hävdar att tortyr är isolering, en isolering med en vidare och djupare innebörd än det rent fysiska avskiljandet. Att förlora sin naturliga omgivning och materiella tillhörigheter är bara en del av isoleringen. Själva gripandet, att bli lämnad i cellen och andra dimensioner av isoleringen är en del av tortyren och syftar till att bryta ner fången, att bryta ner dennes politiska och/eller religiösa övertygelse och självuppfattning.

Förhöret

Det är torterarens språk och världsbild som gäller i förhörssituationen, den torterade förlorar sitt eget språk. Makten över situationen och därmed möjligheten att definiera och tolka ligger i torterarens händer.

I tortyrmeter ingår tillfogandet av fysiskt smärta. När man utsätts för stark smärta koncentreras uppmärksamheten till den egna kroppen. Kroppen fyller upp hela ens universum. Banden till omvärlden skärs av, man orkar inte tänka eller se, smärtan tar helt över. Smärtekänsla är det enda man orkar med. Den torterade isoleras i sin egen kropp, inget annat existerar.

Externalisering av smärtan genom skrik och klagan leder i normala fall till omgivningens medkänsla och stöd. I tortyrsituationen får den torterade helt motsatta reaktioner från sin omgivning. Tortyrsituationen gör henne helt försvarslös. Hennes kropp är inte längre hennes, den tillhör "de andra".

För att undgå den totala nedbrytningen blir den torterade tvungen att utveckla försvarsmekanismer. När kroppen inte längre kan försvaras fysiskt måste försvaret ske "i den regionen som torteraren inte kommer åt, i den torterades psykiska liv." (Westin 1989). Denna typ av försvar leder till att upplevelsen av smärtan och den egna reaktionen inför denna skiljs åt.

När den fysiska smärtan blir outhärdlig "lämnas kroppen åt sitt öde" som om den inte längre vore ens egen. Man försöker "fly" in i en fantasivärld. Den som "stannar kvar i smärtan" hamnar helt i torterarens våld.

Tortyren och språket

Tortyren isolerar individen från sitt språk och sin kultur, vilket leder till en förvrängning av den torterades uppfattning av omvärlden, av vad som är ont och gott, av vad som är rätt och orätt. I det omedvetna representerar torteraren rättskipning och samhällsordning, samtidigt som den torterades världsbild blir ständigt och våldsamt ifrågasatt.

Språket förvrängs. I förhörssituationen omtolkas allt det som den torterade säger. Orden ges nya innebörder i torterarens mun. Orden betyder alltid något annat, torterarens löfte om att lätta på lidandet förvandlas ofta till ytterligare plåga. Den torterade kan inte längre förutsäga ordens betydelse utifrån sin kunskap om verkligheten. Språket och därmed den mest omedelbara länken till omvärlden förstörs.

"Det hör till tortyrsituationen att vanliga ord i det vanliga talade språket får helt nya, ovissa och oförutsedda innebörder. Denna förvrängning av språket i torterarens mun skapar en distansering till den värld utanför tortyrkammaren där orden betyder vad de betyder och där man är överens om betydelsen. När det självklara i ens eget språk inte längre är självklart börjar ett existentiellt tvivel att gripa en." (Ibid:43)

Tortyren isolerar individen från sin historia. Allting som kan påminna den torterade om sitt föflutna tas ifrån honom. Han isoleras från nuet och från allt det som utgör grunden för den egna identiteten. Dödshot och skenavrättningar gör att han också

"förlorar" framtiden. Den ständiga dödsångesten förstör tidsuppfattningen. Tortyren krymper individens livsprocess till ett överlevnadsögonblick.

Går det då överhuvudtaget att med ord beskriva tortyrens innersta väsen?

En psykolog från Centret började sitt svar på denna fråga så här: "Det första jag tänker på är ordet kränkning...". Just olika betydelser av termen kränkning behandlas av Westin i den ovan citerade bok, bl a kränkning som förödmjukelse, kränkning som inkräktande och kränkning som förolämpning. Men han menar att ingen av dessa betydelser, varken enskilda eller tillsammans, kan förmedla en heltäckande förståelsen av vad tortyr innebär. Det finns heller inga andra termer som kan göra det.

Det är mycket svårt för den som inte blivit torterad att hitta ord eller termer för att beskriva och förstå tortyr. Men för den som blivit torterad och fått sitt språk förvrängt, så är det oändligt mycket svårare. Resultatet av denna onda cirkel blir en tystnad som förstärker lidandet för den som har utsatts för tortyr.

3.3 Tortyrens vardag

Tortyrsituationen kan liknas vid en "total institution" som skapar sitt eget liv, sin egen vardag och sina egna mekanismer. I denna vardag ingår torterarens bödelsroll och den torterades roll som offer. Goffmanns definition av "totala institutioner" är en bra utgångspunkt för förståelsen av förhållandena under tortyren och vistelsen i fångelset.

"A total institution may be defined as a place of residence and work where a large number of like-situated individuals, cut off from the wider society for an appreciable period of time, together lead and enclosed, formally administered run of life." (Goffmann, 1961:11)

På det individuella planet innebär tortyrsituationen ett brott med vardagen, med det normala, med det som man i vanliga fall gör utan att tänka efter.

"Vardagen: den som är mig mest kär. Består av det vanliga livet som en människa lever i, vare sig det är barn, ungdom, man, kvinna, eller en äldre person. Där det mesta är känt och ger en viss trygghet. Det är därifrån man vågar ge sig in i det okända..." (Sato R. & O'Connor B., 1990)

Detta brott med vardagens kontinuitet börjar med gripandet. Torteraren söker med olika metoder att förneka den normala vardagens existens. Alla referensramar som den torterade hade innan gripandet försvinner och han tvingas att enbart tänka på ögonblicket. Detta leder till att den torterades kunskap om sig själv och sin omgivning förstörs. För att överleva mentalt i denna extrema situation tvingas den torterade att skapa en ny "vardag".

Den torterade försöker fånga, få grepp om denna "vardag" för att kunna "anpassa sig" till situationen. Förmågan att anpassa sig och finna en "fristad" under sådana extrema

omständigheter, kan belysas med hjälp av den tidigare nämnda Goffmanns diskussion av "sekundära anpassningsmekanismer":

"Secondary adjustments represent ways in which the individual stands apart from the role on the self that were taken for granted for him by the institution." (Ibid:172)

Möjligheten att under tortyren tillägna sig och skapa, inom de ramar situationen tillåter, olika "secondary adjustments", beror på en mängd olika faktorer. Vittnesmål tyder på att det i detta avseende inte finns väsentliga skillnader varken mellan olika länder eller olika tortyrmetoder.

Skillnader som relateras till individens egen historia förefaller att i detta sammanhang ha en större betydelse. Detta ger vissa människor bättre förmåga att uthärda tortyr utan att fastna helt i sin roll som offer.

Tortyrens "vardag" genomtränger hela individens liv och dessa "secondary adjustments" har enbart en överlevnadsfunktion. För den torterade innebär det att "fånga upp" och ta till sig en mänskliga reaktioner ur omgivningen trots att den inte gäller honom eller henne. En av de intervjuade berättade t ex, att de fragment av vakternas skrätt och småprat som trängde in i hans cell hjälpte honom att gå igenom tortyren.

Det handlar om en överlevnadsinstinkt, att rent existentiellt inte förneka det man är och har gemensamt med torteraren: det att vara människa. Att förneka detta skulle leda till den torterades förnekande av sig själv som mänsklig varelse.

3.4 Om likheter och skillnader

Det finns både skillnader och likheter i sättet att konfrontera tortyrsituationen och tiden efter tortyren. Förklaringen till skillnaderna kan sökas på en individuell nivå (ålder, politisk/religiös övertygelse etc), medan likheterna beror på den stora överensstämmelsen mellan de sociala sammanhang, där tortyren ägde rum. Det som skiljer RCMs arbete från andra liknande verksamheter, är förmågan att tillägna sig kunskapen om detta sammanhang och utnyttja den i behandlingsarbetet.

3.5 Fängelse en ny anpassning?

Hos den torterade sätter tortyren i gång en komplex process som individen har svårt att lösgöra sig ifrån. Fängelsevistelsen och exilen försvårar ytterligare möjligheterna att bearbeta tortyrupplevelsen och återfå kontinuitet i den egna tillvaron. Som tidigare omtalats, kan dessutom effekten av tortyren vara mycket olika. Detta ställer den behandlande personalen inför en mycket komplicerad situation. Effekterna av skillnader i fängelseystemen mellan olika länder komplicerar bilden ytterligare.

De två största nationella grupperna som behandlas vid RCM är iranier och chilensare. Hos dem finner man väsentliga skillnader i sättet att konfrontera tortyren och livet i exil, vilket möjligen har att göra med fängelsesystemets organisation och historia i respektive länder, samt andra sociala och politiska faktorer. Att fördjupa sig i denna fråga vore intressant, men faller utanför ramarna för denna rapport.

Fängelset är en institution som övervakar och kontrollerar fångarnas vardag. Trots detta, menar Goffmann i sin studie av denna typ av institutioner, utvecklas ett så kallad "underlife" mellan fångarna. "The underlife" är ett frihetsutrymme som fångarna skapar för att kunna undgå den totala kontrollen som institutionen söker utöva över dem.

Tortyr definierad som "total institution" skiljer sig från fängelset, eftersom tortyren utgör en relation mellan individer. Rollerna är så väl definierade och förutbestämda, att "the underlife" beror nästan enbart på den torterades individuella resurser.

I fängelset utvecklas två antagonistiska världar, vakternas och fångarnas. Fångarnas individualitet har ingen betydelse för vakterna. Fången tillhör en grupp för vilken vissa regler är fastställda, och som han/hon måste följa. Som svar på detta utvecklar fångarna olika typer av anpassningsstrategier, en process som Goffman kallar "fångens karriär".

Denna process är en sluten och möjligheterna att "komma undan" är obefintliga. Men inom dess ramar finns möjligheter att utveckla olika strategier, med vars hjälp fången antingen söker fly från en sluten vardag eller anpassa sig till den.^{1/}

3.6 Exilen som ett ytterligare avbrott

För den tortyrskadade flyktingen innebär exilen ett ytterligare brott med den vardag som fanns innan tortyren och fängelset. För de två tidigare nämnda flyktinggrupperna, finns skillnader både i exilsituationen och i mötet med det svenska vardagen.

De chilenska flyktingar kom under 1970-talet och början av 1980-talet. Kuppen i Chile hade uppmärksammat mycket i det svenska massmedia. Bilden av de chilenska flyktingarna var i huvudsak positiv. Det bildades också en solidaritetsrörelse som spred kunskap om situationen i Chile, samt om flyktingarnas förhållanden i Sverige.

De iranska flyktingar kom huvudsakligen under 1980-talet. Bristen på kunskap om deras bakgrund samt en förändrad flyktingpolitik resulterade i en ganska fientligt inställning från det omgivande samhället gentemot de nyanlända flyktingar.

Vad som är gemensamt för dessa grupper är att de kom till en okänd miljö där deras tidigare upplevelser av fängelse och tortyr försvårade deras integrationsmöjligheter.

1. En mer detaljerad diskussion av dessa överlevnadsstrategier finns i kapitel sju nedan.

Försöken att återvända till vardagen i en okänd omgivning kunde i värsta fall resultera i ett kristillstånd, som var omöjligt för individen att hantera.

4 Arbetets organisation

4.1 Bakgrund

Gentemot Röda Korsets Malmöhusdistrikt har RCM en självständig ställning. Centrets personal ansvarar själva för arbetets organisation och innehåll. Verksamheten är lokaliserad till en sjukrums lägenhet i centrala Malmö. Arbetslokalerna har valts och inretts för att skapa en trivsamt och hemlik miljö.

Personalsammansättning

Centrets personalstab består av 8 personer (se tabell 1). Den sammanlagda arbetstiden motsvarar 5,75 heltidstjänster. De två första åren hade centret en något annorlunda personalorganisation än idag. Sedan 1990 har vissa förändringar ägt rum. Tidigare hade verksamhetschefen en heltidstjänst och ansvarade för både administration och beslutsfattande. Ansvaret har nu fördelats i syfte att främja ett mer kollektivt arbetssätt. Den andra viktiga förändringen berör läkartjänsten, som de första åren innehades av en psykiatriker, då flertalet patienter uppvisade somatiska besvär beslutades att det skulle vara lämpligare med en allmänläkare.

Tabell 1 Personalsammansättning på RCM

Titel	Namn	Arb.tid (%)
Verksamhetschef	Krister Widén	20
Adm.Assistent	Gunilla Pressing	100
Kurator	Jutta Chahrouh	100
Sjukgymnast	Eva Lidforsen	80
Psykolog	Ramon Sato	75
Psykolog	Barbro O'Connor	75
Läkare	Ingrid Gustafsson	75
Läkarsekreterare	Yvonne Fröberg	50

Arbetsfördelning

Verksamhetschefen är som framgår i tabell 1 deltidanställd, han är samtidigt anställd som distriktschef vid RK Malmöhusdistrikt. Hans ansvar berör centrets relation till Röda korset och mer övergripande frågor såsom verksamhetens finansiering och framtidsplanering. Den administrativa assistenten har ansvaret för alla administrativa frågor som berör centrets personal och själva organisationen av det dagliga arbetet. Resten av personalen har arbetsuppgifter beroende på yrkesspecialitet. Till detta ska läggas de gemensamma arbetsuppgifter som förutsätter samarbete.

Mottagningskriterier

Centret har satt upp vissa grundkriterier som måste uppfyllas för den sökande för att en behandling skall påbörjas :

- Att ha varit utsatt för tortyr eller att någon i familjen har varit det.
- Att ha uppehålls och arbetsstillstånd.
- Att vara bosatt i Malmöhus Län.

Vid första kontakten med centret kontrolleras att dessa grundkriterier uppfylls.

Arbetsätt

Uppläggning av arbetet vid RCM har styrs av patienternas behov. Varje arbetsmoment har utarbetats så att de väl överensstämmer med verksamhetens mer övergripande målsättningar. Arbetsgången har en bestämd kontinuitet vars grund ligger i väldefinierade rutiner:

FÖRSTA KONTAKT

BEDÖMNINGSKONFERENS

MOTTAGNINGSSAMTAL

BEDÖMNINGSKONFERENS

PLACERING I KÖLISTA/FÖRTUR

BEHANDLING

Första kontakten: de personer som söker behandling vid centret gör det via remiss eller självanmälan. Efter att ha fått in första anmälan fyller sekreteraren i ett formulär med den sökandes grunddata.

Bedömningskonferens: denna äger rum en gång i veckan och kräver deltagande av hela personalen. Här tas bl a de nyinkomnas remisser eller anmälningar upp. Dessa behandlas utifrån den information man fått om den sökande. Mot denna bakgrund diskuteras behovet av behandling. Vid detta tillfälle diskuteras också frågor som berör personer som redan är under behandling.^{1/}

Mottagningssamtal: det är den första direkta kontakten mellan centrets personal och den sökande. Vid mottagningssamtal träffas patienten med två behandlare. Vid detta tillfälle ges den sökande en allmän överblick över centrets arbete. Patienten får också möjlighet att ange varför hon/han sökt sig till centret och uppmanas även att beskriva sin aktuella situation och behandlingsbehov. Efter mottagningssamtal diskuteras fallet vid en ny bedömningskonferens. Där beslutas även vilken typ av behandlingsåtgärder som är aktuella.

1. Redan under det första året visade det sig att behovet överskred de resurser man hade till förfogandet. Detta medförde att man vid årsskiftet 1988/89 tvingades införa ett kösystem. När nyanmälningar tas upp diskuteras ifall de bör prioriteras. En sådant bedömning kan också göras efter mottagningssamtalet.

4.2 Behandlingsåtgärder

Akuta åtgärder

De akuta åtgärderna är inriktade på att lösa de problem, som hindrar inledningen av en mer långsiktig behandling. De akuta åtgärderna inkluderar både medicinsk behandling och olika former av praktisk hjälp. Det senare kan inkludera hjälp till kontakter för att lösa bostadsproblem, men även hjälp till kontakten med skolan och sociala myndigheter. Vid dessa kontakter kan centrets personal tillföra kunskap, som kan leda till en effektivare handläggning av ärendena. De medicinska insatserna omfattar undersökning och behandling, intygsärenden och receptskrivning, samt vid behov kontakter med sjukvården.

Långsiktiga åtgärder

De olika behandlingsformerna bestäms utifrån både patientens behov och centrets personalresurser, och omfattar olika kombinationer av psykoterapeutiska, medicinska, kurativa och fysioterapeutiska åtgärder.

Centret utgår från en *holistisk* behandlingsstrategi vilket förutsätter ett nära samarbete mellan de anställda. Genom att under hela behandlingsprocessen arbeta över yrkesgränserna söker man få en totalt överblick av patientens situation.

Behandlingsarbete med tolk

Patienter kommer från olika länder och språklig bakgrunder. Eftersom behandlingsarbete förutsätter kommunikation, måste det i många fall ske genom tolk.

Till centrets förfogande finns tio tolkar, (se tabell 2), som förmedlats genom kommunens tolkförmedling. För att bedöma deras lämplighet, intervjuas tolkarna av centrets personal. Vid samma tillfälle informeras de behandlingsarbetet.

I de enstaka fall där de "fasta" tolkarna inte täcker patientens språkliga bakgrund, beställs tolk via tolkförmedling. Det gäller vid t ex behov av tolkning från somaliska och vietnamesiska.

Två medlemmar av centrets stab har sedan verksamhetens start varit spansktalande, vilket har varit en tillgång för de spansktalande patienterna. Denna tvåspråkighet har även i ekonomiskt avseende varit en resurs för centret.

Tabell 2 "Fasta" tolkar på RCM

Språk	Antal
Arabiska	1
Spanska	3
Persiska	5
Turkiska	1
Totalt	10

4.3 Övrig verksamhet

Förutom själva behandlingen ägnar centrets personal delar av sin tid åt informations- och utbildningsverksamhet kring de tortyrskadade flyktingarnas situation. Denna verksamhet betraktas som en viktig del av arbetet, och ingår därför som en integrerad del i de anställdas arbetsuppgifter.

Informations- och utbildningsverksamheten riktas framförallt till personal på de myndigheter, som på olika sätt kommer i kontakt med flyktingar (se tabell 3 och 4). Under 1990-91 har informationsarbete också vänt sig bl a till blivande sjukvårdspersonal.

Tabell 3 Sammanställning av studiebesök på RCM sedan 1988

Besökare	Antal besökstillfälle
Flyktingmottagning	17
Sjukvården	20
Socialvården	19
Skolan (Komvux, vårdskola, socialhögskola, etc)	28
Barnomsorg	3
Arbetsmarknad	2
Andra	5
Totalt	94

Tabell 4 Föreläsningar och informationsmöten

Mottagare	Antal
Sjukvården	58
Flyktingmottagning	21
Socialvården	17
Skolan (Vårdskola, Komvux, etc)	39
Andra	16
Totalt	151

5 ARBETETS INNEHÅLL

5.1 Grundsyn och utgångspunkter

Inledning

Det behandlingsarbete som bedrivs vid Rehabiliteringscentret i Malmö omfattar en rad olika typer av insatser, vilka var och en utgör en integrerad del i behandlingen. Arbetet bedrivs vidare utifrån ett helhetsperspektiv, vilket innebär att hela patientens situation tas i beaktande. Ett sådant arbetssätt kräver ett kontinuerligt, nära och förtroendefullt samarbete inom personalgruppen.

De personer som söker sig till centret, betraktas som normala individer som utsatts för abnorma upplevelser vilket gett upphov till under omständigheterna naturliga reaktioner. Detta kontrasterar mot den mycket spridda tendensen att betrakta tortyrskadade som sjuka personer.

De olika typer av skakande upplevelser (tortyr, flykt och exil), som patienterna genomlevt betraktas av centrets personal inte enbart utifrån de individuella symptomen. För att kunna förstå och behandla dessa, måste de sättas in i sitt vidare sociala och politiska sammanhang som skapade dem, dvs förhållandena i de torturerades ursprungsländer.

En viktig del av centrets behandlingsfilosofi är att i möjligaste mån undvika allt som kan påminna patienterna om tortyrsituationen. Det gäller såväl arbetslokalerna utformning som själva behandlingsarbetet. I den utåtriktade verksamheten söker RCM skapa medvetenhet om detta, vilket om det inte beaktas allvarligt kan försvåra kontakten mellan flyktingen och personalen på sjukhus och sociala myndigheter.

Två olika behandlingsfilosofier

När det gäller behandling av tortyrskadade finns två huvudinriktningar, som framför allt skiljer sig i synen på tortyren. Den ena inriktningen betraktar tortyr som ett isolerat fenomen och den andra tortyr som en del av ett vidare socialt sammanhang - som ett samhälligt fenomen.

Inom den första inriktningen definieras tortyr som en traumatisk upplevelse som ger upphov till vissa symptom, vilka ofta sammanfattas i diagnosen "Posttraumatic stress disorder" eller PTSD. Denna diagnos beskriver de olika typer av symptom som kan uppstå efter traumatiska upplevelser.

Att i praktiken sätta likhetstecken mellan tortyren och dess symptom gör det svårt eller omöjligt att skilja mellan tortyr och andra former av traumatiska upplevelser. Ett annat problem som uppstår när symptombilden sätts i centrum, är tendensen att använda missvisande termer eller begrepp (tex offer) vid definitionen av den aktuella patientkategorin.

Inställningen till PTSD vid RCM, är att det kan användas som en delbeskrivning av tortyrens konsekvenser men inte är tillräckligt för att nå en förståelse av tortyrfenomenets specifika karaktär. Det är viktigt att kunna skilja tortyr från andra traumatiska upplevelser, och vad som i första hand skiljer ut den är de medvetna syftena och den samhälliga sanktionen. Tortyren måste alltså sättas in i ett vidare sammanhang som uttryck för konkreta sociala och politiska konflikter. Detta får inte glömmas bort under behandlingsarbetet.

I tortyrsituationen förkroppsligar torteraren samhället och de accepterade värderingarna. Den torterade representerar den opposition som staten betraktar som fientlig mot den rådande ordningen. Den torterade befinner sig i den situationen på grund av sina åsikter, sin tro eller sina värderingar. I den bemärkelsen kan den torterade betraktas som ett "offer" för samhället.

Personalen på centret menar att det är inte enbart den individuella symptombilden som bör få fälla avgörandet. Mot den sociala förkastelse som den torterade har upplevt bör finnas en samhälleligt upprättelse. Det räcker inte med enskilda individers ställningstagande. Härvidlag spelar centrets position som en av samhället legitimerad behandlingsinstitution en viktig roll.

Exilssituationen upplevs av de tortyrskadade som ytterligare ett uttryckt för samhällets förkastelse. Centrets personal menar därför att kunskap om exilens problem är viktigt för att få en helhetsbild av patienternas situation. Denna kunskap avspeglas därför i behandlingsarbetets form och innehåll.

Mottagandet som del av behandlingen

Mottagandet har en speciellt betydelse för den tortyrskadade flyktingen. Han/hon har utsatts för olika övergrepp som har skadat hans/hennes syn på sig själv och präglat synen på omgivningen. Ett olämpligt bemötande i olika situationer kan därför lätt associeras till tortyrsituationen. Mottagningskriterierna har just nu formats med tanke på detta.

Det gäller exempelvis valet av arbetslokal och inredning, som gjorts med avsikt att undvika all institutionskaraktär. Själva bemötandet spelar en viktig roll i sammanhanget. Centrets psykolog menar, att ett vänligt och respektfullt mottagande är en form av miljöterapi.

Det gäller också att undvika allt som kan påminna om den känsla av total maktlöshet och utelämnande, som karakteriserar tortyrsituationen, och samtidigt ge en positiv upplevelse. Detta innebär bl a en minimering av väntetider och osäkerheten om vad som ska hända. Ovisshet och långa väntetider, som präglar tortyrens vardag, kan annars lätt skapa ångestkänslor, som kan vara svåra för patienten att hantera.

"Redan omständigheterna kring bortförandet, isoleringen och skrämsel är djupt omskakande. Men upplevelserna centreras oundvikligen kring själva tortyren: den ändlösa väntan och plötsligt - stegen och rösterna i korridoren, rasslandet med nycklarna som varskar om nästa "omgång" i tortyrrummet, eller nästa förhör." (Hjern A., 1989)

5.2 Tortyrens symptom^{1/}

Tortyrskadade uppvisar en komplicerad symptombild, som innefattar både fysiska och psykiska symptom inom ramen för flera olika specialisters kunskapsfält.

Kroppsliga skador och symptom:

Hudskador: skador orsakad av slag och elttortyr, brännskador samt varbildningar efter dåligt omhändertagna sår. Psoriasis och atopiska eksem blommar vidare ofta upp i samband med tortyr.

Skador i muskler och skelett: Resttillstånd efter benbrott, mjukdelskador och senskador. En speciell typ av symptom uppstår efter upprepat kraftigt våld mot fotsulorn (sk falangattortyr). Andra vanliga symptom är ospecifika smärtor från muskulaturen, ryggbesvär o dyl.

Skador på synorgan: Sveda och irritationskänsla.

Odontologiska skador: Tandfrakturer efter elttortyr och våld mot ansiktet, tandlossning på grund av dålig näring och hygien i fängelset, ömhet i käkmuskulaturen, inflammation i munhålan etc.

Psykosomatiska symptom: Infektionsbenägenhet, huvudvärk, domningar, spänningar etc.

Övrigt: Hörselnedsättning, skador på ändtarmen, skador på perifera nerver samt sexuella problem (impotens, smärtor, infektioner). Fall av oönskade graviditeter och missfall har dokumenterats efter sexuell tortyr.

Psykiska symptom

Depression, aggressivitet, ångest och misstänksamhet, sömnproblem med trötthet på dagarna, minnes- och koncentrationssvårigheter, tendenser till social isolering, skuld- och skamkänslor, avskärningskänsla, relationssvårigheter, främlingskap inför den egna kroppen och sexuella störningar.

Räddsla för "osynliga" kroppsskador är mycket vanligt. De flesta fysiska symptom upplevs som orsakade av tortyr. Vidare utlöser starkt ljus, uniformer, sprutor, blod, elektriska apparater och annat som kan kopplas ihop med tortyrminnena ofta tvångsmässiga minnesbilder och stark ångest.

Bortom symptomen

Denna blandning av fysiska och psykiska symptom kan bara behandlas med framgång av personer med speciell kompetens och kunskap. Behandlingen kompliceras dessutom av att symptomen bara ger en antydning om de djupa spår som tortyren avsätter.

1. Uppgifterna i detta avsnitt är hämtade ur "Tortyr en kunskapsöversikt" utgiven av socialstyrelsen (SoS 1989:40).

En förståelse av denna problematik kan endast uppnås om man betraktar tortyren som en destruktiv process. Samtidigt måste man ta hänsyn till att denna process genom sin svårgripbarhet omges av tystnad. En tystnad som den utsatte ofta inte själv kan bryta.

De människor som drabbats av tortyr har tvingats utveckla försvarsmekanismer som gör det svårt för dem att leva ett normalt liv. För många av de tortyrskadade kan en lång fängelsevistelse innebära ytterligare svårigheter till en normalt återgång till vardagen.

5.3 Typer av behandlingsinsatser

Centret kan erbjuda medicinsk, fysioterapeutisk, och psykoterapeutisk behandling. Centrets kurator kan dessutom hjälpa patienterna att klara ut olika praktiska problem, bl a genom att underlätta kontakterna med olika myndigheter.

Medicinsk behandling

Tortyrskadade uppvisar en komplicerad symtombild. De enskilda symptomen är ofta diffusa och kan vara svåra att utreda.

"Men med tanke på den svåra misshandel som våra patienter berättar om så är det inte konstigt om det lett till vävnadsskador som dock inte alla gånger kan bevisas med undersökningar och röntgen. Det är viktigt att ta symptomen på allvar och utreda det som är relevant."

En del patienter har symptom som direkt kan relateras till tortyren. Läkaren genomför en undersökning och rekvrerar journalkopior för att se vad som gjorts tidigare, och vidtar därefter eventuella åtgärder.

Många patienter utan "direkta" tortyrskador uttrycker ändå ångest och rädsla för att deras kropp har blivit skadad under tortyren. Läkaren genomför då en allmän undersökning och ger en detaljerad redovisning av hälsotillståndet. Dessa patienter behöver en bekräftelse av att tortyren inte gett fysiska skador från en läkare de hyser förtroende för.

Det bör i detta sammanhang påpekas att i den medicinska behandling finns alltid vissa psykoterapeutiska inslag. För att kunna skapa en förtroende hos patienten, måste läkaren ha kunskap om den utsatthet patienten har upplevt under tortyren.

Under de tre år som centret fungerat, har man försökt skapa ett kontaktnät inom sjukvården så att man kan remittera patienter till specialister, som redan känner till de tortyrskadades specifika problem. I kontaktnätet ingår hudläkare, ortopedier, neurologer, gynekologer, psykiatriker och invärtesmedicinare samt öron-näsahallsspecialister. Om patienten inte uttrycker annan åsikt, söker man i övrigt bibehålla redan etablerade kontakter inom sjukvården.

Vid remittering till specialist kan centrets läkare närvara vid undersökningen. Detta sker när patienten uttrycker behov av trygghet, eller när läkarens närvaro är önskvärd för att ge en helhetsyn på patientens kliniska situation.

Vidare är det centrets läkare som har ansvaret för medicinering och receptskrivning. Den typ av medicin som vanligen skrivs ut är smärtstillande medel. Lugnande tableter och sömnmedel skrivs ut i mindre utsträckning. Medicineringen används för att uppnå en symptomlindring, men det är inte detta som är syftet med behandlingen.

Beroendeframkallande mediciner används ofta i samband med tortyr eller tvingas på fångar under fängelsevistelser. De patienter som utvecklat ett beroende under dessa omständigheter kan ha mycket svårt att själv bryta det. Deras första kontakt med centret kan därför bli en vädjan om hjälp med avgiftning.

Centrets läkare har vidare en "husläkares" funktion när det gäller vanliga eller enkla sjukdomstillstånd, som inte behöver specialiserade utredningar. I detta ingår också allmän information till patienten samt stödande och förmedlande insatser (t.ex, kontakter med mödra- och barnhälsovård).

Läkaren arbetar i nära kontakt med centrets övriga personal. Det är viktigt inte minst i de fall där den medicinska utredningen visar att smärtupplevelser och andra kroppsliga symptom inte har patologiska orsaker. En förtroendeingivande läkare kan lättare övertyga patienten om behovet av en annan typ av behandling, och därmed slussa över honom eller henne till sina kollegor.

Till de medicinska insatserna får också räknas tandläkarbehandling. Vid centrets öppnande etablerades direkt kontakt med en tandläkare vid tandläkarhögskolan i Malmö, som tagit emot flera av centrets patienter. Förutom normala tandproblem har flera av centrets patienter klagat på tandbesvär orsakade av misshandel under tortyren. Tandläkaren som samarbetar med centret kan vid behov få tillgång till patientens journal. Denne har också utarbetat ett informationsblad med för tandvården relevanta uppgifter om tortyrskadade (se bilaga 2).

Fysioterapeutiska insatser

Den fysioterapeutiska behandlingen förutsätter förtroende mellan behandlaren och patienten. Ett förtroende som inte är självklart för den tortyrskadade. Kunskapen om detta och andra särdrag hos denna patientkategori är vägledande för den sjukgymnastiska behandlingen av tortyrskadade.

Detta arbete syftar till att återupprätta patienternas relation till den egna kroppen. Patienten behöver återfå en positiv kroppsuppfattning. I denna process ingår olika metoder för att integrera kroppsidentiteten i den totala självuppfattningen.

I behandlingen ingår olika behandlingsmetoder bl a aktiv och passiv avslappning och kroppsberöring. Detta senare är viktigt med tanke på den typ av "kroppsberöring" patienterna fått genomlida under tortyren. De syftar till att avlägsna eller mildra smärta, skapa kroppskänedom, återskapa sambandet mellan kropp och själ etc.

"En av patienterna hade i samtal knappt berört den tortyr han utsatts för. När sjukgymnasten gick igenom hela hans kropp och tog på hans fötter, bad han henne göra om det. Han berättade att det kändes så bra. Han kände att han hade fötter igen. Vid samtalet efter besöket hos sjukgymnasten, berättade han att han plötsligt kommit ihåg något som han helt glömt bort. Han hade förträngt att fötterna gjort så fruktansvärt ont. Genom sjukgymnastens beröring kändes det för första gången bra att ha fötter igen. Han berättade att när han greps i sin lägenhet, frågade man vad han hade för storlek i skor och han svarade "43". Man skrattade då och sa, att när de var färdiga med honom skulle han ha storlek 85. Under tortyren utsattes han för slag mot fotsulorna. Fötterna blev infekterade och gjorde så ont att han inte kunde gå under sex månader utan tvingades krypa fram...." (Sato R. & O'Connor B., 1990 s.17)

Sjukgymnasten arbetar alltid utifrån en helhetskunskap om patientens historia. Hon måste dessutom alltid vara känslig för de gränser patienter sätter upp. Genom att skapa en trygg och förtroendefull relation till patienten, kan hon försöka komma att överträda dessa gränser.

Sjukgymnasten kan ofta få en terapeutroll. Det uppstår ofta situationer under behandlingens gång då patienten med ord eller på annat sätt förmedlar saker han/hon inte berättat om tidigare. Sjukgymnasten måste vara lyhörd för att ta emot dessa budskap och arbeta vidare utifrån den nya kunskapen om patientens förflutna.

"En kvinna som är i behandling hos mig visade stark ovilja när jag berörde vissa delar av hennes kropp. Jag misstänkte att det hade samband med tortyr, efter en tid fick jag veta att hon våldtagits upprepade gånger under tortyren. Genom att förneka delar av kroppen ville hon "glömma bort" det våld hon utsatts för..."

Psykoterapeutiska insatser

Att bygga upp ett förtroende mellan terapeut och patient, är förutsättningen för allt terapeutiskt arbete. När det gäller behandling av tortyrskadade är det extra viktigt. Den som har blivit utsatt för tortyr har en i grunden misstänksam attityd mot sin omgivning. Terapisituationen kan lätt associeras till förhörssituationen och det finns därmed risk för uppkomsten av en aggressiv attityd gentemot terapeuten.

Tearapeutens uppgift blir i första hand att bryta misstänksamheten och skapa förtroende för sig själv och för behandlingen. Hela mottagningssättet och de olika behandlingsmomenten syftar till att skapa en förtroendegivande atmosfär. I terapirummet måste förtroendet förstärkas för att så småningom bli en självklarhet. En av teralets psykologer menar att:

"Förtroendet är en del av behandlingen och en del av det jag måste arbeta för...sen är det också en förutsättning för att en behandling skall kunna fortgå..."

Det psykoterapeutiska arbetet syftar till att hjälpa patienten att bearbeta tortyrupplevelsen. Innehållet i denna process är individuellt, men är alltid relaterad till en gemensam strategi.

Under tortyren förvrängs språket, i förhören mister språket sin innebörd. Orden förvrängs i torterarens mun. Detta bidrar till den tystnad som den torterade omger sig av. Dialogen mellan terapeuten och patienten kan därför till stor del betraktas som en rekonstruktion av språket. I dialogen med terapeuten kan den som en gång utsattes för tortyr återupprätta ordens innebörd, genom att skapa ett eget språk för att beskriva sina upplevelser och sin situation.

Tortyren förstör individens identitet och kan skapa en förvrängd identitet hos den torterade - offeridentiteten. Under behandlingen söker terapeuten bryta med den stigmatisering tortyren skapar genom att avdramatisera tortyrupplevelsen. Terapeuten söker rekonstruera patientens historia genom att betona egna resurser individen utnyttjat för att klara sig igenom tortyrsituationen.

I det psykoterapeutiska arbetet används två behandlingsformer: stödterapi och djupterapi. Stödterapi syftar till att stödja patienten genom samtal. Det gäller vanligen patienter vars aktuella situation inte tillåter en djupare bearbetning av tortyrupplevelserna. Djupterapi eller insiktsterapi är en långsiktigt samtalsterapi, som syftar till att hjälpa patienten med anpassning till sin livssituation. En viktig del i denna anpassningsprocess, är att hjälpa patienten att se tortyren som en del av sin livshistoria.

I både insikts- och stödterapi kan psykoterapeuten använda sig av en rad olika psykoterapeutiska metoder. I de flesta fall används en kombination av olika metoder, vilka bestäms av utvecklingen av den terapeutiska dialogen. De vanligast förekommande är "containers"-, avslappnings- och imaginärametoderna.

Imaginärametoden går ut på att psykologen söker få patienten att använda sin fantasi för att exempelvis uttrycka svåra förluster eller smärtsamma känslor:

"Om vad man egentligen skulle vilja göra eller säga till de som har utsatt en för tortyr...jag kan också tänka mig att arbeta med vissa ritualer där det finns mycket sorg med i bilden, att man tillsammans kan göra en ritual för att kunna ta farväl av en vän..."

Denna typ av metod kan patienten själv lära sig att använda för att hantera svåra situationer. Det är en resurs som många av patienterna omedvetet utnyttjat under själva tortyrsituationen. Att bli medveten om de egna resurserna kan bidra till att bygga upp en svag självkänsla.

Avslappningsmetoder används enbart då psykoterapeuten känner att de är absolut nödvändiga. Både fysioterapeuten och psykologerna menar att dessa metoder måste användas med stor försiktighet:

"Vissa patienter behöver sitt försvar för att inte förvirringen eller det psykotiska skall slå igenom...."

Insiktsterapi innebär att psykoterapeuten arbetar med olika former av konfrontationer t ex genom tystnad eller provokationer. Dessa metoder kan endast användas efter ett långt förtroende samarbete. På centret är man skeptiskt gentemot denna behandlingsform, eftersom den hos patienterna kan väcka associationer till tortyrsituationen.

"Det aktiverar alltid ångest hos människor och det gör att man ändå kommer ut med kanske ilska och annat som är ångestframkallande. Jag jobbar inte med det för att jag har uppfattat att det också har en maktstruktur som påminner ganska mycket om tortyrsituationen, där man har upplevt så mycket ångest och tystnad och även provokationer."

Kurativa insatser

Under behandlingens gång söker man alltid skaffa en helhetsbild av patientens situation. Den sociala situationen är inte minst viktig. Frågor kring den sökandes bostads-, familje- och arbetssituation tas upp, och man söker lösa eventuella problem genom patienternas redan etablerade kontakter med aktuella myndigheter.

Fördelen med detta arbetssätt är att man kan upprätthålla patienternas redan etablerade kontakter, samtidigt som det bidrar till en bättre kommunikation mellan patienten och berörda myndigheter. Detta innebär i sin tur att samordningen och kontinuiteten i centrets arbete underlättas, vilket möjliggör en snabbare rehabilitering.

Utöver lösningen av akuta sociala frågor ansvarar kuratorn för familjeåterföreningsärenden. I detta ingår både återförening av splittrade familjer och efterforskning efter anhöriga som försvunnit. I dessa frågor samarbetar centret med Röda korsets flyktningavdelning.

Gemensamma arbetsuppgifter

Hela behandlingsarbetet kräver ett nära samarbete mellan hela personal. Varje medlem i personalstaben utför sin speciella del av arbetet, men där utöver finns det gemensamma arbetsuppgifter över yrkesgränserna. Detta kräver en kontinuerlig och nära kontakt mellan centrets medarbetare och dessutom en viss handledning eller fortbildning av personalen.

Vid mottagningsamtalen deltar alltid två av centrets medarbetare, vilka bestäms vid bedömningskonferensen och är oberoende av yrkesspecialitet. Varje enskild medlem av personalen måste ha en grundläggande kunskap om centrets arbetssätt och om den typ av patienter RCM vänder sig till.

Både läkaren och kuratorn arbetar med stödjande samtalsterapi. Det kan handla om kortsiktig samtalsterapi men också om enstaka samtal vid akuta kriser.

Helhetsbilden av patientens situation finns i bakgrunden under hela behandlingen. Familjesituationen är en del av denna. Vid medicinsk behandling kan patientens

partner behöva stödande samtal. Det kan gälla att förklara patientens situationen, samtal som syftar till att avlasta partnern vid svåra krissituationer. Det ofta patienten som uttrycker behovet av detta stöd.

Andra gemensamma arbetsuppgifter gäller de delar av centrets utåtinriktade verksamhet:

- medverka vid informationsmöten om centrets verksamhet, eller möten och konferenser kring de tortyrskadades problem,
- ta emot studiebesök,
- sköta kontakter på nationell eller internationell nivå med andra liknande institutioner.

Behandlingsarbete med tolk

För att skapa en förtroendefull atmosfär vid behandling genom tolk, krävs förtroende mellan alla inblandade. Centrets personal strävar därför efter att om möjligt använda samma tolk under hela behandlingsarbetet med en patient. Om patienten inte godkänner tolken, byts tolken ut mot en som patienten hyser förtroende för.

Tolkarna har erbjudits information och en viss utbildning i frågor som rör de tortyrskadades situation. Efter varje behandlingstillfälle, erbjuds tolken dessutom samtal med behandlaren. Dessa samtal syftar till att avlasta tolken de ofta smärtsamma situationer och känslor som förmedlats under översättningsarbetet och till att förbättra kommunikation mellan tolk och behandlare.

6 Arbetsresultat

6.1 Bakgrund

Under projektiden har 184 personer sökt behandling vid RCM. Av dessa har 158 uppfyllt kriterierna för behandling. Slutligen har 129 erhållit behandling vid centret. Under samma tidsperiod har personalen deltagit och medverkat vid en rad konferenser i syfte att informera om centrets verksamhet och om de tortyrskadades situation.

Behandlingsarbete har samtidigt medfört en ackumulering av erfarenhet och kunskap som redovisas i kapitel 7.

Metod

De resultat som här redovisas baseras på uppgifter från:

- Patientjournaler
- Djupintervjuer med patienter
- Intervjuer med RCMs personal
- Intervjuer med personal från andra verksamheter
- RCMs dokumentation

Patientjournaler: En detaljerad genomgång har gjorts av samtliga sökandes journaler i syfte att få fram basdata om de behandlade, kön, ursprungsland, åldern etc. Annan information som tagits fram ur journalerna avser till patientens allmänna situation vid tiden då han sökte behandling.

Nackdelen är att man i journalerna möter en starkt komprimerad och ofta alltför begränsad bild av patienternas bakgrund. Det går heller inte att som i en intervju undersökning ställa följdfrågor för att klara ut eventuella oklarheter. Anledningen att denna metod ändå valdes, är att den sparar tid och samtidigt inte tvingar patienterna till onödiga och smärtsamma upprepningar.

Djupintervjuer: åtta djupintervjuer genomfördes. I valet av intervjupersoner användes kvalitativa kriterier, baserade på information i patientjournaler och diskussioner med centrets personal.

Ursprung och vistelse i Sverige var viktiga urvalskriterier. Två olika grupper, vars ursprung och vistelsetid i Sverige varierar, valdes: chilensare och iranier. Chilenska och iranska fångar som utsatts för tortyr har blivit tvungna att utveckla olika överlevnadsstrategier, vilket fått konsekvenser för deras sätt att konfrontera livet utanför fängelset och i exilen. Det andra skillnaden mellan dessa flytingar är att de kommit till Sverige vid olika tidpunkter och att de bemöts utifrån helt skilda förutsättningar av det svenska samhället. Detta har fått konsekvenser för dessa två grupper. Konsekvenser som för den tortyrskadade ibland inneburit en förstärkning av tidigare inlärd beteenden att hantera svåra situationer.

Intervjuer med RCMs personal: Syftet med dessa intervjuer var dels att få information om centrets arbetsätt, dels att få en sammanhängande bild av centrets syn på tortyr och behandling. Fem intervjuer genomfördes där varje anställd också fick redogöra för de egna arbetsuppgifterna samt på vilket sätt dessa uppgifter passar in i den behandlingsfilosofi som centret förespråkar.

Intervjuer med personal utanför centret: På grund av tidsbrist genomfördes endast fyra intervjuer, två intervjuer med personal från socialvården och två med personal från sjukvården. De sistnämnda fick ske per telefon där personal i tjänst besvarade frågan om sin kunskap om RCM.

Centrets dokumentation: Utöver journaler användes annan befintligt dokumentation från verksamheten: projektbeskrivning, verksamhetsberättelser, tidningsartiklar, protokoll, etc.

Redovisning av insamlade data

I redovisningen av arbetsresultatet beskrivs antal personer *som sökt* behandling, deras ursprungsland, åldern, kön och de antal år de har vistas i Sverige.

Vidare redovisas de behandlade, deras första kontakt med centret (remiss eller självansökan). Dessa uppgifter ger en indirekt bild av resultat av centrets utåtriktade informationsarbete. I detta sammanhang redovisas även patientens tidigare kontakter med sjukvården.

Behandlingsarbetet beskrivs genom den typ av behandlingsinsatser som utförs. Därefter redovisas behandlingsresultaten, antal påbörjade och avslutade behandlingar, patientens kontakter med behandlare utanför centret samt användning av psykofarmaka och patientens nuvarande arbetssituation.

De behandlades syn på centrets arbete sammanställs i form av direkta citat. Även utomstående uppfattningar om centrets arbete redovisas. Redovisningen hänförs till hela tiden till perioden april 1988, då verksamheten startade, till och med februari 1991.

6.2 Vem söker behandling?

Som framgår av tabell 5 och 6 är huvuddelen av de tortyrskadade, som söker sig till centret, män. Denna köns- och åldersfördelning sammanfaller med den som Invandrarverket redovisar för hela flyktingkollektivet (se bilaga 3)

De sökande kommer, som framgår av tabell 7, huvudsakligen från tretton länder. Iranier är den dominerande gruppen, därefter kommer chilénare. Tabell 8 visar att det finns en skillnad i vistelsetid i Sverige mellan dessa två grupper.

Tabell 5 Könsfördelning

Kön	n	%
Män	137	74
Kvinnor	47	26
Total	184	100

Tabell 6 Åldersfördelning

Ålder	n	%
18-25	26	14
26-35	86	47
36-45	41	22
46-55	18	10
> 55	4	2
Uppg. saknas	9	5
Totalt	184	100

Tabell 7 Ursprungsländer för sökande till RCM

Ursprungsland	Antal	%
Iran	68	37
Chile	33	18
Libanon	21	11
Uruguay	10	5
Turkiet	12	7
Irak	9	5
El Salvador	6	4
Bolivia	3	2
Colombia	2	1
Argentina	2	1
Polen	2	1
Bulgarien	2	1
Yugoslavien	2	1
Övrigt	10	5
Uppgifter saknas	2	1
Totalt	184	100

För flertalet flyktingar från Chile sträcker sig vistelsen i Sverige från 4 till över 10 år, flertalet iranier har vistas i Sverige en kortare tid. Skillnader mellan båda grupper sammanfaller med den allmänna förändringen i flyktingströmmens sammansättning (se bilaga 3).

Tabell 8 Antal år i Sverige för flyktingar från Chile och Iran

	Iran		Chile	
	n	%	n	%
< 1 år	26	38	0	0
1-4 år	40	59	9	27
5-9 år	0	0	14	43
>10 år	0	0	10	30
Uppg.saknas	2	3		
Totalt	68	100	33	100

Flyktingströmmen från Iran tilltog i början av 80 talet och har minskat de sista åren. Flertalet av flyktingarna från Chile kom till Sverige i slutet av 70-talet och 80-talets början, samma gäller för flyktingarna från Uruguay. Deras fängelsevistelse och flykten från hemlandet skedde under samma tidsperiod.

För behandlingen kan dessa skillnader ha betydelse, främst eftersom själva tortyrupplevelsen ligger olika långt tillbaka i tiden. Antagandet att tiden "läcker alla sår" motsägs av de chilenska flyktingarnas stora andel av dem som söker behandling.

Att flyktingar som har bott mer än 10 år i Sverige söker behandling för sviter av tortyr, talar för att behovet har existerat långt innan centrets verksamhet startade. Men det finns andra "subjektiva" faktorer som kan ha spelat in i sammanhanget. Denna fråga diskuteras senare.

6.3 Första kontaktform

De personer som söker behandling gör det via remiss eller genom självansökan. Under det ovan angivna tidsperioden har 53 personer sökt behandling på eget initiativ och 131 blivit remitterad till centret genom andra enligt tabell 9.

Tabell 9 Remitterande instanser

	n	%
Sjukvården	53	40
Socialvården	25	19
Flyktingmottagningen	23	18
Privata kontakter	17	13
Invandrarbyrå	7	5
Komvux, AMS, etc	6	5
Totalt	131	100

Av inremitterade patienter har 76 påbörjat behandling. Antalet remisser tyder på att det bland personal, som har kontakt med flyktingar, finns en viss kunskap om centrets arbete, åtminstone om den patientkategori som centret behandlar.

Om de som remitterar har tillräckligt kunskap om de tortyrskadades speciella problem och om innehållet i centrets arbete är svårare att avgöra. Antalet remisser som inte har lett till behandling pekar på brister i denna kunskap. En del av patienterna har uppgivit att de inte ens har tillfrågats om de vill inleda en sådan behandling.

Tabell 10 Sökande som av olika skäl ej kommit i behandling

Uppfyller ej centrets kriterier	26
Ej kommit till mottagningssamtal	18
Engångs besök	9
Intygsärende	2
Totalt	55

Av de 55 personer som redovisas i tabell 10 har 26 fått remiss utan att uppfylla de grundläggande kriterierna för att påbörja en behandling. Tre av dessa bor utanför länet och blev inremitterade från flyktingförläggningar. Personalen därifrån sökte samtidigt påskynda deras flyttning till MHL. Åtta personer har angett krigsskador som orsak, vilket också faller utanför centrets fastställda kriterier.

Av de personer som uppfyller de grundläggande kriterierna finns nio som förklarat att de varken fått information från den som remitterat dem eller blivit tillfrågad om deras intresse för behandlingen.

Förklaringen till detta ligger, enligt socialvårdens personal, på socialsekreterarens stora arbetsbelastning, som varken ger tid eller utrymme för att ägna sig åt andra frågor än de mest akuta.

RCM har under utvärderingstiden sökt komma åt problemet med personer som tar plats i kön utan att vara intresserade av behandling. Dels har man gått ut med ytterligare information till de berörda myndigheter, dels har man påskyndat mottagningssamtalen, så att man snabbare ska kunna avgöra om de sökande är motiverad för behandling vid RCM.

Tidigare kontakter med sjukvården

De personer som har inlett behandlingen vid RCM har vanligen sökt kontakt med sjukvården för behandling av tortyrens symptom. Tidigare kontakter med sjukvården har uppgetts av flertalet sökande.

6.4 Vilka får behandling

Av de 184 sökande har 129 påbörjat behandling. Kön, och åldern sammanfaller med de data som redovisas i tabellerna 6 och 7. När det gäller ursprungsländer finns iranier och chilenser representerade i samma förhållande som i tabell 8. Bortfallet motsvarar de olika nationella grupperns representation bland de sökande med undantag för libaneserna.

6.5 Tortyr och fängelsevistelse

Ett av kriterierna för att komma på fråga för behandling vid rehabiliteringscentret, är att den sökande själv har varit utsatt för tortyr eller att någon i familjen har varit det. Av de 129 behandlade har 116 varit utsatta för tortyr. De övriga tillhörde familjen där någon medlem var tortyrskadad.

Tiden som tillbringats i fängelse i samband med tortyren är olika för de sökande. De flesta har suttit i fängelse mindre än fem år (se tabell 11). Hur fängelsevistelsen påverkat möjligheterna att bearbeta tortyrupplevelsen diskuteras senare. Vad som spelar roll i sammanhanget tycks i de flesta fall inte vara hur länge man suttit i fängelse, utan hur fängelsesituationen upplevdes.

6.6 Behandling

Behandlingsformer

Centret erbjuder olika behandlingsformer till de sökande, den dominerande behandlingsform är den individuella. Familje/parbehandling förekommer när den individuella behandling visar att behov finns.

Tabell 11 Fängelsevistelse

	n	%
< 1 år	67	58
1-5 år	36	31
5-10	6	5
> 10 år	2	2
Framgång ej	5	4
Total	116	100

I kombinationsbehandlingen ingår antingen individual- och gruppbehandling eller individual- och familjebehandling. Gruppbehandling innebär att de tortyrskadade delas in i behandlingsgrupper med utgångspunkt från kön och/eller nationalitet.

Det har visat sig svårt att få den senare behandlingsformen att fungera. Svårigheter som kan förklaras med den misstänksamhet och rädsla som tortyrupplevelsen skapar.

Tabell 12 Behandlingsform

	n	%
Individual behandling	89	69
Kombinations behandling	28	22
Par/Fam.behandling	8	6
Gruppbehandling	4	3
Totalt	129	100

Behandlingsinsatser

I behandlingen ingår olika specialområdes insatser (se tabell 13), samtidigt som hela personalen deltar i vissa allmänna insatser av social och psykoterapeutisk karaktär.

Tabell 13 Behandlingsinsatser

	n	%
Kurativa insatser	10	8
Sjukgymnastiska ins.	4	3
Medicinska insatser	7	5
Psykoterapeutiska insatser	21	16
Kombination av olika behandlingsinsatser	87	68
Totalt	129	100

Vanligen förekommer inte enstaka kurativa, medicinska eller andra insatser utan en kombination av flera olika insatser. Syftet är att täcka hela patientens situation och inte enbart sådant som kan betecknas som direkta effekter av tortyren.

6.7 Antal behandlade

Centret startade sin verksamhet i april 1988, de första månaderna ägnades åt lokalinredning, kunskapsinsamling, utåtriktad information och organisering av det framtida arbete. Den första patienten togs emot i augusti samma år. Patienttillströmningen t o m februari 1991 framgår av tabell 14.

För att bilda sig en uppfattning om resultaten kan man jämföra dem med två andra större behandlingscenter för tortyrskadade, centret i Stockholm (RCS) och RCT i Köpenhamn.

RCT i Köpenhamn har en personalgrupp på 37 personer, under 1990 avslutades där 53 behandlingar. I förhållande till personalstyrkan är detta en ganska låg siffra, som förklaras av att RCT ägnar en stor del av sitt arbete åt forskning om tortyren, samt åt stöd till andra liknande verksamheter både inom och utanför Danmark.

Tabell 14 Patienttillströmning 1988-1991

	Påbörjade behandlingar n	Avslutade behandlingar n
1988	31	2
1989	49	23
1990	42	31
1991 (t.o.m. feb.)	7	5
Totalt	129	61

Centret i Malmö räknar med mindre ekonomiska resurser än de ovan nämnda. Detta avspeglas i en mindre personalgrupp och i lokalen för mottagning. Att antal behandlingar är relativt höga i förhållandet till de begränsade resurser tyder på en fungerande arbetsorganisation och arbetssätt.

6.8 Patientens aktuella situation

Information ur patientjournalerna har använts för att ge en bild av behandlingsresultaten på följande punkter:

- patientens subjektiva bedömning av sin situation före och efter behandlingen
- användning av psykofarmaka
- behovet av behandling utanför RCM
- sysselsättningssituation

Tabell 15 Bedömning av patientens situation

	n	%
Förbättring	74	58
Oförändrat	34	26
Försämring	4	3
Uppgifter saknas	17 (därav 12 avbrutna beh.)	13
Totalt	129	100

12 av de 129 påbörjade behandlingarna avbröts. I fem fall överlämnades patienten till andra vårdinstanser, sluten psykiatrisk vård eller kriminalvård. I fyra fall avbröts behandlingen på patientens initiativ. En av dessa patienter har senare återtagit kontakten med RCM och placerats i behandlingskän. De tre återstående behandlingsavbrotten skedde p.g.a. patientens avflyttning till annat landstingsområde.

Utskrivning av psykofarmaka kan vara ett hjälpmedel för att uppnå en symptomlindring, men RCM lägger tonvikten i behandling på andra frågor.

"I många fall har behandlingen kunnat genomföras med gott resultat utan att något läkemedel behövt användas. En del av våra patienter är mycket negativa till psykofarmaka. Kulturskillnader och tidigare erfarenheter av läkare som deltagit i tortyrverksamhet gör att många har en djupt rotad misstro mot mediciner. Enligt våra erfarenheter är det mycket viktigt att grundlägga ett förtroendefullt samarbete med patienten genom samtalsterapi för att en framgångsrik behandling med tricykliska antidepressiva medel skall kunna genomföras, i de fall där det är indicerat....."^{1/}

Tabell 16 Användning av psykofarmaka

	Vid beh. början		Idag		
	n	%	n	%	
Psykofarmaka	69	53	35	27	(därav
7 minskat medicinering).					
Medicinfri	60	47	94	73	
Totalt	129	100	129	100	

Tabell 17 Behandlings kontakter utanför centret

	n	%
Kontakt med specialiserad klinik	13	10
Fysioterapeut	12	9
Annan behandling	13	10
Ingen kontakt utanför centret	79	62
Uppgifter saknas	12	9
Totalt	129	100

Centrets personal hävdar att det är positivt för behandlingen att de patienter som har någon typ av behandlingskontakt utanför centret skall behåller det. En orsak till denna inställning är att RCM försöker bygga upp förtroende för den vanliga sjukvården, vilket innebär en normalisering av de behandlades relationer till övriga institutioner. Istället för att avbryta dessa kontakter söker centret upprätthålla dem samt erbjuda information till den vederbörande behandlare.

1. Tricykliska antidepressiva vid sömnstörningar hos tortyr och krigsskadade, en kommentar.

Tabell 18 **Sysselsättning**

	Vid första kontakten		Idag	
	n	%	n	%
Sjukskrivna	21	16	12	9
Arbetar	24	18	49	38
Studerar svenska	50	39	22	17
Studerar annat	11	9	20	16
Arbetslösa	10	8	11	8
Uppgifter saknas	13	(därav 12 avb.beh.)	15	12
Totalt	129	100		

När det gäller sysselsättningssituationen är det i detta sammanhanget svårt att avgöra vad som är resultat av behandling och vad som är en naturlig effekt av flyktingens integrationsprocess. Flertalet av de sökande har varit i Sverige en kort period och vid första kontakten har deras huvudsakliga sysselsättning varit svenskastudier. Siffror tyder dock på en positiv utveckling. Det är inte heller osannolikt att behandlingen kan ha påskyndat och effektiviserat den tortyrskadade flyktingens anpassningsprocess.

6.9 De behandlades syn på centret

De behandlades egen syn på centrets arbete ger en mycket positiv bild av verksamheten i sin helhet och av den egna individuella behandlingen i synnerhet.

Detaljerade frågor kring centrets arbete har ställts till åtta personer som vid intervjutillfället gick i behandling eller som tidigare behandlats på RCM. En del åsikter har även inhämtas genom informella samtal med andra personer som behandlats på centret.

Frågorna syftar till att få den intervjuades egen bedömning av centrets arbetssätt och av sin egen situation. Avsikten har varit att försöka kontrollera om centrets egen beskrivning av sitt arbetssätt stämmer med de behandlades upplevelse.

Personalen beskriver hela behandlingsprocessen som en helhet där både mottagning och enskilda insatser utgör en del av denna helhet. I denna avsnitt redovisas de intervjuades upplevelse av processen.

Första kontakten med centret

"Jag hade försökt komma i kontakt med RCT i Köpenhamn när jag kom till Sverige, eftersom jag visste att orsaken till mina problem var relaterade till tortyren. På grund av mina dåliga språkkunskaper och den situation man upplever den första tiden i Sverige blev det alltid hinder för att få igång någonting där. Att åka buss, att åka till ett okänd stad, att inte kunna fråga, allt det hindrade mig...När jag fick besked att det hade öppnat tog jag genast kontakt med centret..." (Ip 1)

"Det var en kurator som hjälpte mig och att komma hit...jag kan inte förklara idag varför jag kom hit...på den tiden ville jag inte något och väntade mig ingenting av någon..." (Ip 2)

"Jag var trött på att gå till sjukhuset och inte kunna få någon hjälp...där fick jag sitta och vänta, sen fick jag förklara för en tolk som inte förstod mig...jag var trött på det. När de sa att jag kunde komma till ett annat ställe där behandlaren var spansktalande blev jag genast positiv till det.." (Ip 3)

"Jag mårde dåligt då. Jag sökte hit själv både för att jag själv mårde dåligt och för att det faktiskt var så att ingenting fungerade: familjelivet, arbetet, allt var kaotiskt..." (Ip 4)

"Det var inte jag som sökte hit, utan det var någon i den kommun där vi bodde, som skickade oss hit eftersom min fru hade försökt begå självmord efter en massa olika missförstånd både på förläggningen och när vi kom därifrån..." (Ip 5)

"Det var sjuksköterskan på den skola jag gick som hjälpte mig att komma till centret. Jag mårde så dåligt då, så jag trodde inte att det fanns någon hjälp att få.." (Ip 6)

"Det var läkaren på vårdcentralen som fick mig att komma hit...Då var jag sjukskriven jämt, man kan säga att under en månad arbetade jag två veckor och två veckor fick jag stanna hemma på grund av mina smärtor.." (Ip 7)

"Jag kom hit för att det var Röda korset som stod bakom..De var de enda som kunde hjälpa mig eftersom jag kunde lita på dem..De hade redan hjälpt mig en gång när jag satt i fängelse.." (Ip 8)

Mottagningen

"Det gav mig en känsla av trygghet från början att det var Röda korset som stod bakom verksamheten..så jag kände mig lite tryggare från första början. Jag kände mig ännu mer i säkerhet när jag träffade personalen här den första gången.." (Ip 1)

"Jag kommer inte ihåg den första gången..Jag visste inte skillnaden mellan läkare och psykolog. När jag tidigare hade varit inlagd på sjukhuset där hade en psykolog eller läkare pratat med mig. Jag bad henne om hjälp, men hon sa att hon inte kunde hjälpa mig...när jag kom hit mårde jag mycket dåligt, därför kan jag inte riktigt komma ihåg det.." (Ip 2)

"Det gav mig stort förtroende att kunna prata med en landsman, mitt eget språk ..och sen den känslan att han förstod vad jag beskrev...en sådan känsla hade jag inte haft tidigare..." (Ip 3)

"Personalen här är vänlig och kärleksfull, inte på ett professionellt sätt som flygvärdinnor, utan de får en från början att känna sig som en människa utan att vara förolämpande.." (Ip 4)

"Varken jag eller min fru trodde på att vi skulle få hjälp här, vi hade varit på så många ställe utan att någon hade lyssnat och respekterat vår situation...så både min fru och jag var mycket aggressiva från första början. Det tog lång tid innan vi litade på de som vi pratade med här..."(Ip 5)

"Jag fick hjälp av Röda korset för att komma ut från fängelset, därför visste jag lite om dem. Men första gången jag kom hit det kändes det i alla fall som att jag skulle till läkaren för att jag var sjuk. Det var en hemsk känsla...men sedan när jag kom in genom dörren och såg detta som en vanligt lägenhet och sen träffade personalen...då kändes det lite bättre..."(Ip 6)

"Jag hade varit på olika ställe tidigare och jag hade alltid känt att jag var tvungen att bevisa saker...Jag stod inte ut med det att jag alltid fick gå tillbaka och bli påmind om dessa hemska upplevelser som jag hade varit med om...Att jag fick berätta om och om för att man skulle lyssna på mig..." (Ip 7)

"För mig var det klart från början...detta är för mig det enda ställe där jag kan andas utan att vara rädd, utan att känna mig hotad...för att det som hände i fängelset sitter kvar..Deras hotelser om att döda mig eller mina barn, det känns som en hammare som slår mitt huvud...så är det inte när jag är här, jag känner mig säker, jag vet att jag kan lita på personalen här..." (Ip 8)

Situationen idag

"Jag har gått i behandling här hos psykologen och fysioterapeuten, det har hjälpt mig. Idag kan jag tänka tillbaka på det de gjorde med mig i fängelset utan att känna att jag upplever det på nytt...nu skulle jag vilja gå i behandling med min fru eftersom jag vet att hon mår dåligt och att vi inte kan kommunicera på grund av det..." (Ip 1)

"Jag är inte nu den person som jag var när jag kom hit första gången, det har hjälpt mig mycket..."(Ip 2)

"Jag kan idag skilja på de problem jag har och dess orsaker. Jag kan idag se det som störde mig då, mellan det som hände i mitt land och det som händer här..att jag inte kan lägga skulden på det svenska samhället, i mitt eget land hade inte min situation varit annorlunda..."(Ip 3)

"Jag hade olika symptom när jag sökte första gången. Idag kan jag klart se orsakerna till dessa besvär, behandlingen kan sägas ha tagit mig ut ur en svart tillvaro...jag mår verkligen mycket bättre idag..."(Ip 4)

"Jag vet inte hur jag skall förklara det här, för det finns olika situationer då man behöver olika sorters hjälp...För en människa skulle det räcka med en vänligt blick, en annan hade behövt något annat...men visst tycker vi att vi har fått hjälp här. Min fru till exempel befann sig i början i mycket dåligt psykiskt tillstånd.. Det märktes i början att hon inte kunde tro på någon, att hon var väldigt misstänksam och aggressiv. Hon var väldigt känslig...det är väldigt stor skillnad nu. Man kan säga att hon är helt normal så att någonting har de väl åstadkommit..." (Ip 5)

"Jag har fått hjälp här, jag har kunnat prata om saker som utanför detta ställe ingen skulle kunna förstå..." (Ip 6)

"Jag har fått hjälp här inte bara med hälsan utan också med andra frågor som i mitt liv har lika stor betydelse. Relationen med min make och mina barn fungerar bättre idag.." (Ip 7)

"Det jag kan säga är att jag känner stort förtroende för de människor som arbetar här. Ett förtroende som jag tidigare inte hade för någon..Visst har de hjälpt mig och fortfarande hjälper de mig och hela min familj." (Ip 8)

Kommentar

Alla intervjuade uttrycker samma positiva omdöme om centrets arbete och om vad behandlingen har åstadkommit. Ingen av de intervjuade vill att centret skall integreras i den traditionella sjukvården. Samtliga upplever Röda korsets ansvar för verksamheten som förtroendeingivande.

Ställd inför frågan om möjliga förändringar i verksamheten, gav de intervjuade tre typer av svar: Tre intervjuade tycker att centret fungerar bra idag, och att det enda man kunde föreslå var större resurser i form av lokaler och personal. Detta skulle både avlasta personalen och minska väntetiderna.

Andra uttryckte en viss tveksamhet inför att utvidga centret. Den lilla skalan underlättar enligt dem både personalens samarbete och patienternas behov av en personlig miljö.

Tre intervjuade hänvisade till den egna situationen för att understrycka att inga förändringar var nödvändiga. "Jag tycker att jag har fått hjälp här..om förändringar här vet jag inte, mig har behandlingen hjälpt..."

6.9 Den utåtriktade informationen

En annan viktigt målsättning i centrets arbete är att sprida information om den tortyrskadade flyktingens situation till det övriga samhälle. Under de tre verksamhetsåren har centrets personal deltagit och medverkat vid olika seminarier och konferenser.

Den första tiden hade denna informationsspridning en mer passiv karaktär, eftersom man koncentrerade sig på kunskapsinsamling och personalutveckling. Från och med 1989 har den aktiva utåtriktade verksamheten fått en framträdande roll. Under 1991 har centret ägnat mycket tid åt utbildningsverksamhet som riktar sig till personalgrupper, som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med flyktingar.

Av har intervjuer och informella samtal med olika personer inom sjuk- och socialvård har jag fått den uppfattningen, att både inom social- och sjukvård finns kunskap om centrets existens, men att en djupare kunskap om effekter av tortyr inte existerar.

Informationen om tortyr och dess konsekvenser för de drabbade tycks inte ha nått ut tillräckligt för att någon vårdinstans skulle kunna ersätta centrets arbete. De intervjuade ansåg sig inte kunna ägna tid åt dessa frågor. De tycker att en specialiserad enhet som enbart tar emot tortyrskadade bör finnas. Åtminstone så länge som social- och sjukvård inte har tillräckligt med resurser i form av personal och utbildning.

"Det är en fråga för oss om tid, vi tar hand om andra frågor som gäller flyktingens placering i kommunen, här ingår bostadsfrågan och andra sociala frågor...Jag hinner knappast med det jag bör ta hand om. Tidsbristen gäller för det arbete som vi redan har idag...jag tycker att det är bra att de finns och att jag alltid kan hänvisa de klienter som jag vet har varit utsatta för tortyr...Jag vet att de gör ett bra jobb utifrån vad jag ser hos mina klienter som är i behandling där.." (intervju med socialsekreterare vid flyktingmottagning i Lund)

"Visst känner jag till centret. Jag skulle inte kunna beskriva riktigt vad de gör, men jag vet att de finns och att de tar emot flyktingar som har blivit torterade"(Soc. sek. Östra socialbyrå i Malmö).

"Visst vet jag att de finns och jag kan informera vart om någon skulle fråga, men jag vet inte riktigt vad de gör...förresten är jag bara vikarie här.." (Sjukvårdsupplýssningen i Malmö, som svar på en fråga om Centret för tortyrskadade flyktingar).

"Vi vet att centret i Malmö behandlar flyktingar, som har blivit utsatta för tortyr och att vi alltid kan remittera de personer som söker sig till oss på grund av det.."(Lunds Invandrarbyrå)

Centret har arbetat för att sprida information om sin egen verksamhet och om gruppen till vilken denna verksamhet riktar sig. När det gäller kunskapsspridning tycks det direkta samarbete med social och sjukvårdspersonalen ha givit goda resultat. Att samlas och diskutera kring en patients situation skapar bättre förutsättningar för en fördjupad kunskap kring den problematik som tortyren ger upphov till.

7 Fängelse, tortyr och exil

7.1 Inledning

I detta avsnitt behandlas likheter och skillnader mellan två grupper i deras sätt att konfrontera tortyr och fängelsevistelse. Diskussioner och intervjuer med centrals personal, intervjuer med patienter, litteraturläsning samt studier av patienternas journaler utgör grundmaterialet för diskussionen.

7.2 Bakgrund

I avsnittet om Tortyrens existentiella innebörd, har de universella mekanismer som sätts igång under tortyren beskrivits. Utifrån Westins *definition* av tortyren har dess latent och manifesterade funktion diskuterats.

Med hjälp av Goffmanns diskussion kring "Totala Institutioner" har beskrivits fängelsevistelsen, den nya anpassning som individen tvingas genomgå. Mot denna bakgrund och med hjälp av det ovannämnda materialet, kommer i det följande de överlevnadsstrategier som de två studerade grupperna uppvisar - chilenska respektive iranska tortyrskadade - att beskrivas och diskuterats.

7.3 Två olika fängelsesystem

Övervakningen och kontrollen av fångarnas liv skiljer sig mellan iranska och chilenska fångelser. De iranska flyktingarna beskriver fångelsets vardag som helt bestämd av andra, utrymmet för att skapa en "fristad" tycks ha varit mycket begränsat.

" Mellan kl.8 på morgonen till kl.12 var det religiösa studier, som de kallade det, man fick sitta där och lyssna. Sen på eftermiddag var det någonting annat de höll på...vi satt i isoleringscell. Vårt tid var helt kontrollerad av dem, vi fick inte sova tillräckligt, på nätterna var det förhör....de sex månader jag satt där var det förbudet för mig att träffa någon överhuvudtaget. Ingen fick komma och träffa mig, jag fick inte på något sätt ha någon kontakt utifrån. På eftermiddagarna fick vi gå längst fram i korridoren eller så kunde vi skaffa en bok på deras bibliotek och läsa, det var allt vi fick göra. Under hela den där tiden förhörde de mig och jag blev torterad.." (Ip 6)

Den chilenska fångelse tycks ha lämnat ett visst frihetsutrymme. Vardagen var välorganiserad och inrutad men inom denna vardagens ramar utvecklade fångarna olika strategier som möjliggjorde en viss "bearbetningsprocess" av tortyren. En chilensk flykting berättade att efter att ha suttit isolerad och blivit torterad under en tid, upplevde han den första dagen i fångelse som en befrielse. Fångelsekamraterna gav alltid den nyanlände ett speciellt mottagande, och för det mesta fanns det fångar som gav en viss orientering om hur livet i fångelse fungerade.

" Vi började göra saker tillsammans: spela teater, väva. Det fanns en solidaritet mellan oss som var resultatet av vår pressade situation. Jag hade också min familj och mina vänner som besökte mig, vi kunde spela fotboll, basket, spela teater....Allt det här blev vår tillflykt eftersom vi i fängelset levde i en extrem situation av osäkerhet och förtryck." (Ip 1).

Dessa skillnader som beskrivs av de intervjuade patienterna bekräftas av centrets personal:

"Jag tror också att det är relaterat till olika länder faktiskt. För det verkar som att i Latinamerika, även om man då har varit utsatt för tortyr, så har det varit en period av fångenskap där man har av medfångar och medmänniskor fått den hjälp som har varit mest nyttig för en...och där man har fått tron tillbaka, åtminstone en del av dem, att solidariteten har även funnits där. Men om man går tillbaka till Mellanöstern då så finns inte alls detta och jag ser att konsekvenserna blivit allvarigare...när det gäller tilliten till andra människor..." (Ip)

För de chilenska flyktingar finns det en klar gräns mellan den period de torterades och deras inträde i fängelset eller koncentrationslägret. För den iranske flyktingen är fängelse bara en förlängning av tortyren. Det finns ingen skillnad, eftersom de tycks sammanfalla under hela hans fängelsevistelse.

För de chilenska flyktingarna var fängelsevistelsen en period då de fick möjlighet att bearbeta den förlorade identiteten. Detta skedde genom de olika aktiviteter som utvecklades av fångarna och som gav dem en känsla av samhörighet. De chilenska fångarna tillhörde en enhetlig opposition, trots skillnader mellan olika politiska grupper. Så var inte fallet för de iranska fångarna, de fängslades av olika skäl, politiska eller religiösa eller helt utan anledning.

De överlevnadsstrategier som utvecklades av fångarna i dessa två fängelse typer skiljer sig från varandra. I det iranska fängelset fanns endast utryme för utveckling av "individuella" överlevnadsstrategier, medan det chilenska gav visst utrymme för kollektiva överlevnadsstrategier.

7.4 Gruppbaseade eller kollektiva överlevnadsstrategier

Tortyren innebär en destruktiv process som sätter djupa spår i individens uppfattning av sig själv och sin omgivning. Flyktingar som har upplevt tortyren under en begränsad tidsperiod och kommit i fängelse eller koncentrationsläger sätter en klart gräns mellan tortyren och vistelsen i fängelset.

Den uppdelning de gör motsvarar två olika situationer. I tortyrsituationen konfronterades fången med torterarna alldeles ensam. De övergrepp han upplevde riktades mot honom som individ. Hans politiska tillhörighet fick han stå för eller förneka utifrån hans egen övertygelse. Någon bekräftelse på hans sociala och politiska identitet gavs inte av omgivningen, tvärtom.

När han blev flyttad till fängelset ägde rum en ny anpassning. En anpassning som underlättades av de andra medfångarna. Han togs emot av vakterna, men blev genast överlämnad till den sociala gemenskap som de andra medfångar bildade.

I de chilenska fängelset utvecklades en stark sammanhållning och gruppsolidaritet mellan fångarna. Fångarna bildade organiserade grupper vars syfte var att organisera vardagen inom de av fängelsereglamentet fastställda ramarna. Denna organisering gav fångarna möjligheter till en mänskligare överlevnad.

Denna organisationsförmåga kan förklaras av fångarnas tidigare politiska liv som för dem fick en förnyad kraft och mening. De fick möjlighet att återhämta sig och bygga upp en relativt stabil tillvaro under sin fängelsevistelse.

Den sociala gemenskapen man byggde var bestämd av gruppen. Denna fick en identitet som förstärktes av det ständiga hotet som representerades av fängelsevakterna. Gruppen fick ett eget liv, ett liv som definierades utifrån den politiska övertygelse som fångarna delade.

Grupptillhörigheten gav fångarna en känsla av trygghet; utifrån gruppens gemensamma politiska tro kunde fångarna övertyga sig själva om den egna betydelsen som "politiska fångar," och på så sätt ge en logisk och meningsfull förklaring till sin egen situation.

Gruppen hade olika uppgifter. Det som har störst betydelse i detta sammanhang är att gruppen tolkade och definierade verkligheten utifrån politiska orsaker och värderingar. Man byggde en egen värld inne i fängelset, en värld som också hade en tolkning av den värld som fanns utanför fängelset.

Den helhetsförklaring som gruppen definierade blev sällan ifrågasatt av de enskilda. Det ständiga hotet utifrån förstärkte den gemensamma politiska identiteten. Avvikelser från gruppen tycks sällan ha förekommit. Detta kan förstås utifrån fångarnas situation, eftersom att avvika skulle innebära en meningslös tillvaro i en fientligt miljö där gemenskapen med vakterna var en praktisk och principiell omöjlighet.

Denna gruppbaseade överlevnadsstrategi internaliserades och fick fångarna att gräva ner eller förneka de spår som tortyren hade lämnat. Tortyren fick en politisk förklaring och därmed också en mening.

När fången frigavs konfronterades han med en verklighet som var för honom okänd. Den vardagen han en gång lämnat stämde inte med den bilden han fått av verkligheten utanför fängelsemurarna. Den gemenskap och kommunikation som tillät honom att överleva fängelset fanns inte längre.

"För oss hade tiden stannat, huset som man mindes som så vackert fanns inte längre eller man kunde återvända till platser som nu var så förändrade. Allt sådant man kom ihåg var nu så annorlunda också människorna.." (Ip 4)

"Jag sökte mina vänner hos de som också hade suttit i fängelse, de andra vänner jag hade var antingen rädda för att kontakta mig eller så kontaktade jag dem och kände

att vi inte hade något gemensamt längre..jag kände mig ofta fruktansvärd ensam och längtade till mina kamrater som satt kvar i fängelse.."(Ip 1)

En intervjuad berättar att han kände när han kom ut att han måste leva upp till vissa förväntningar från sin närmaste omgivning:

" Det som irriterade mig var att vi blev betraktade som hjältar eller så tillskrev de oss en intellektuell nivå vi inte levde upp till..."(Ip 4)

Samma typ av förväntningar som många latinamerikanska flyktingar upplevde på 70 talet när de kom till Sverige, ett fenomen som beskrivs av Svante Lundberg i boken "Latinamerikansk exil i Sverige" (1989).

Dessa upplevda förväntningar tvingade in flyktingen i en viss roll, som i en del fall med tiden förvandlades till hans egen identitet. Livet efter fängelset upplevdes ofta som svårare, eftersom den trygghet och gemenskap man byggt inom fängelsemurarna hade försvunnit. De inlärda anpassningsmekanismer från fängelsetiden utnyttjades omedvetet i anpassningen till livet utanför fängelset.

" När jag kom ut snickrade jag mig en liten vävstol och slog mig ihop med en vän som också hade suttit i fängelse.."(Ip 1)

Problemet för den föredetta fången är att han har internaliserat de olika mekanismer han lärde under livet i fängelse. Att återuppta de normala banden med "vardagslivet" kräver en omdefiniering av den egna situationen och relationen till omvärlden.

Denna omdefiniering förutsätter en brytning med fängelsets vardag. En brytning som inte sker automatiskt efter frigivandet. För många innebär frisläppandet en hård konfrontation med verkligheten, vilket resulterar i en förstärkning av den under fängelsevistelsen inlärda rollen.

Att under en behandling få grepp om dessa mekanismer, kräver en lång bearbetningsprocess där behandlaren är införstådd med den verklighet flyktingen har levt i tidigare. Den flykting som har levt under sådana fängelseförhållanden har förlorat den trygghet och sammanhållning som gruppen gav, och han har konfronteras med en verklighet utan de referensramar som behövs för att bygga upp en normal vardag.

7.5 Individuella överlevnadsstrategier

Den fängelsevistelse som de iranska flyktingarna upplevt skiljer sig från den som beskrivits ovan. Den vardagen som de chilenska fångar fick möjlighet att påverka och i viss mån styra, finns inte i vittnesmålen från iranska flyktingar. Den viktigaste skillnaden är att fängelset och tortyren "lever med varandra" under hela fängelsevistelsen.

"In Iran, the interrogation goes on regardless, of what stage has been reached in the judicial proceedings- whether it's after the trial, at night, or at any time- no matter what your sentence, interrogation goes on." (Iran, Violations of human rights, Amnesty international, s.74)

Rädslan gentemot fängelsevakter och misstänksamheten gentemot fängelsekamrater präglar den iranska fängelsets vardag:

"I wanted to find out which of the prisoners where good people and which informers. One of the "repentant" prisoners, who was next to me, kept telling me not to trust anyone except her. I suffered from this lack of trust the unsettling feeling of not being able to trust anybody..." (Iran...s.77)

Denna misstänksamhet kan förklaras av fångarnas olika politiska och religiösa bakgrund, samt av vakternas och säkerhetspolisens system av mutor som lämnar fångarnas öde i en godtycklig osäkerhet.

Möjligheten att identifieras med en grupp hindras av detta, liksom av den strikta övergripande kontroll som vakterna utövade. När fången kommer till ett fängelse tillåts han/hon inte stanna i samma fängelsecell eller byggnad, utan flyttas till olika ställen och i alla dessa får han/hon anledning att frukta för nya förhör.

De flesta fångar får tillbringa långa tider i isoleringscell eller dela en liten cell med andra. Denna typ av väl kontrollerade fängelser finner man också i fängelset Libertad i Uruguay. Personer som suttit i fängelse där berättar om en sträng och utstuderad kontroll över deras vardag. Trots det lyckades de uruguayanska fångar skapa en viss utrymme som gjorde vardagen mindre hotfull.

Det slutna iranska fängelset samt andra politiska och kulturella faktorer lämnade inget utrymme för utveckling av det som här kallats "gruppbaseerade överlevnadsstrategier". Istället tvingas fången anpassa sig till en miljö där hans/hennes liv bestäms i de mest intima detaljer av "de andra".

Isoleringen från världen utanför blir nästan total under fängelsevistelsen. De enda besök dessa fångarna har fått tycks ha ägt rum när säkerhetspolisen bestämt sig för att inte avrätta fången. De flesta iranska flyktingarna har fått bevitna avrättningar eller blivit utsatta för skenavrättningar:

"Vi var fem personer, vänner som hade blivit gripna, det är två som är kvar, tre blev avrättade. De skickade också mig till avrättning. Det är obeskrivligt att tala om hur det känns...De kom klockan 4 på morgonen, vi var tre personer, de kallade på oss. De sa till mig att jag fick skriva mitt testament ifall det var något jag ville lämna...Jag skrev mitt testament och lämnade det till dem. Sen förde de oss med bindeln över ögonen och vi stod bredvid varandra och de sköt...det är omöjligt att beskriva vilken känsla det är...man vet inte om man lever eller om man är död i den stunden....Sen kom de till mig och sa: nu får du gå tillbaka till ditt rum, jag fick ta av mig bindeln, de andra två var döda...." (Ip.5)

Den vardag som skapas under sådana förhållanden borde vara lik den vardag som skapas under tortyrsituationen, där fången måste vara uppmärksam på de små detaljer som kan tillåta honom en viss andningsrum. Möjligheten att "fånga upp" dessa detaljer i en extremt utsatt situation är nästan helt beroende av individuella egenskaper.

Gruppen har ingen betydelse i detta sammanhang, eftersom i Iran inte funnits en enad opposition med gemensam ideologi som kunnat förstärkas under de extrema förhållanden som fångenskapen utgör.

7.6 Överlevnadsstrategier: Konsekvenser

De två typer av överlevnadsstrategier som utvecklas i fångenskapen och som beskrivits ovan bör betraktas som idealtyper, eftersom de inte existerar i "ren form" i verkligheten. Andra faktorer än fängelsesystemet och den politiska oppositionens utformning kan också påverka individens anpassningsstrategi under sin fängelsevistelse.

Grad av politiskt övertygelse samt individens förmåga att stå ut under tortyren utan att ange andra fängelsekamrater, är också viktiga faktorer som påverkar hans/hennes överlevnadsstrategi under fängelsevistelsen.

Tendenser till isolering eller identifiering med torterarens värderingar har visats bland en del chilenska fångar. En tendens som försvagats eller förstärks beroende på den gemenskap som de andra fångarna lyckats erbjuda.

När gruppen tar på sig rollen som "medvetandegörare" av dem som har kommit utanför, kan man lyckas integrera dem i gruppen på ett mer eller mindre marginellt sätt. När gruppen själv fördömer eller tar avstånd från de fångar som har "talat" under tortyren kan de tvingas utveckla individuella överlevnadsstrategier.

Den starka gemenskap som gruppen bildar kan också förstärka isoleringstendenserna hos fångar, som börjar tvivla på de politiska ideer som de tidigare försvarade.

Tendensen att reproducera fängelseförhållanden finns både bland chilensare och iranier, men de tendenserna tar sig olika uttryck. De chilenska fångarna reproducerar den gruppsammanhållning och gemenskap som de förlorat. Exilen tenderar, särskilt till en början, att förstärka detta beteende.

När gruppskyddet upphör att fungera, befinner de sig i en helt annorlunda situation där tortyrupplevelsen och fängelsevistelsen omvärderas på nytt.

"På den tiden var jag 25 år och jag kände mig som den äldste på jorden. Brytningen med Organisationen skapade en personlig kris därför att i dessa totalitära organisationer var kollektivet det enda viktiga. När man bryter med kollektivet dyker den enskildes drama upp och med detta massor av personliga problem som man har skjutit upp...." (Lundberg 1989:43)

De flesta chilensare som söker behandling vid rehabiliteringscentret i Malmö har bott i Sverige under många år, tortyr och fängelse ligger långt tillbaka i tiden men deras behov av behandling tycks vara lika stort som de iranier vars vistelse i Sverige inte har varit så lång.

För de iranska fångarna innebär livet i frihet misstänksamhet och isolering.

"Vi var ungefär 40 personer som flög tillsammans från fängelset till Sverige. Jag minns vägen till flyktingförläggningen, vi åkte buss och under hela resan satt vi alla tysta, ingen pratade. Jag vet inte riktigt vad jag tänkte eller vad de andra tänkte...när jag minns den resan känns det som att jag inte ville ha med de andra i gruppen att göra, vi hade inget gemensamt längre, vi var inte längre tvungna att umgås, trodde vi, dessutom visste jag att några hade samarbetat med fängelsevakterna..."(Ip 6)

Hos en del av centrets patienter har dessa tendenser till isolering framstått tydligt, eftersom det inte finns någon bearbetad världsbild med vilken individen kan försvara eller gömma undan rädslan eller svårigheter att bemöta vardagen.

"Vi hade i behandling en man från Mellanöstern, han ville inte berätta det från början men han gjorde det senare...Det här att han ville vara i mörkret, att han började ha svårigheter att se...att han på något sätt ville det...att vara i mörkret för att reproducera fängelsecellen....Det är en försvarsmekanism som gav honom en viss säkerhet eftersom under den tiden fick man nytta av det. I fängelse tvingades han att överleva att stänga in sig i sig själv, att inte kunna lita på någon...Här i exilen i och med att dessa upplevelser inte har bearbetats använder man sig av samma typ av försvarsmekanismer..."(Ip)

Tortyr och fängelsevistelse finns kvar i flyktingens liv när han möter det nya samhället. Detta visar sig i tendensen att reproducera fängelseförhållanden, samt i användningen av samma typ av överlevnadsstrategier som utvecklades under fängelsetiden.

Den kunskap om flyktingens bakgrund som RCM besitter underlättar förståelsen av sättet att hantera exilsituationen och möjliggör en snabbare rehabiliteringsprocess.

8 Sammanfattning och slutsatser

8.1 Bakgrund

Tortyr är en destruktiv process som på en individuell nivå syftar att förstöra den torterades kunskap om och relation till sig själv och världen.

Relationen till det egna kroppen bryts ner när den utsätts för extrem smärta, språket förstörs genom förvrängningen av ordens betydelse, tidsuppfattningen förloras genom "skenavrättningar" och/eller det ständiga dödshotet, och relationen till den normala vardagen upplöses genom att fången tvingas in i en annan, *anomisk* vardag.

Rehabiliteringscentret i Malmö behandlar *flyktingar* som har blivit utsatta för *tortyr*. Individer som har upplevt två *avbrott* i sina normala liv: fängelse och exil. Exilen innebär stora påfrestningar på individen vilket leder den tortyrskadade till att använda överlevnadsstrategierna från fängelsevistelsen.

Rehabiliteringens mål definieras mot denna bakgrund, som en process som ger den tortyrskadade möjlighet att bygga upp en ny vardag genom att skapa en kontinuitet i relationen till det förflutna och nutiden.

I motsats till tortyrens destruktivitet syftar rehabilitering till en *rekonstruktion* av individens relation till sig själv och omvärlden. Detta förutsätter att de olika rehabiliteringsinsatserna genomförs i en behandlingsmiljö som i allt framstår som motsatsen till förhörssrummet och fängelse.

8.2 Verksamhetens resultat

RCM har bedrivit sin verksamhet under tre år. Under denna tid har man uppnått positiva resultat både vad gäller behandlingen och i uppbyggandet av erfarenheter och kunskaper kring tortyr, fängelse och exil.

Av 129 personer som tagits emot har 61 blivit färdigbehandlade, 12 har avbrutit behandlingen och de resterande fortsätter i behandling. Av de 129 hade 18% sysselsättning vid behandlingens början. 38 % har idag arbete. De senare siffrorna tyder på att behandlingen har en positiv effekt på den tortyrskadade flyktingens anpassning i samhället. Resultaten bör ses i förhållandet till de RCMs begränsade resurser.

Vidare har man haft en utåtriktad informationsarbete med syfte att sprida information kring den tortyrskadade flyktingens problem. Detta informationsarbete skapar förutsättningar för förståelsen av den tortyrskadades situation och hans svårigheter till en

normalt anpassning i samhället. Denna förståelse möjliggör ett effektivare handlande angående frågor och lösningar som berör denna specifika flyktinggrupp.

8.3 Förslag till förändringar

Verksamhetens utvidgning

En utvidgning av verksamheten togs upp av några av de intervjuade som ett sätt att minska den långa väntetiden (8 månader i oktober 1991). Frågan är emellertid om inte RCM speciella karaktär och verksamhetens relativa framgång just hör samman med den begränsade storleken?

Den hemliknande miljön skapar, som framgår ovan, en känsla av trygghet hos de sökande vilket är en bra utgångspunkt för behandlingen. Samtidigt underlättas samarbetet inom personalgruppen och mellan personalen och de sökande.

Den utvidgning av verksamheten som kan ske utan att påverka "storleksfördelarna", är en utvidgning inom nuvarande ramar genom en en utökning av befintliga tjänster. I första hand borde de två psykologtjänsterna liksom fysioterapeuttjänsten utökas till heltidstjänster, vilket i sin tur skulle kräva en utökning av den redan idag är överbelastade administrativa tjänsten.

Detta skulle innebära minskade väntetider och dessutom tillåta en viss satsning på den pga tidsbrist eftersatta (men nödvändiga) dokumenteringen och bearbetningen av inhämtade erfarenheter och kunskaper.

Vidare har RCM under utvärderingstiden vidtagit en rad åtgärder för att rationalisera arbetet i syfte att minska kötiden. Det gäller i första hand en snabbare genomgång av inkomna remisser, och en direktkontakt med den sökande innan han/hon placeras i kön. På så sätt har personer utan tillräcklig motivation för behandling kunnat sorteras bort på ett tidigt stadium. Ett annat sätt att komma åt detta problem har varit en ökad information till remitterande myndigheter.

Uteslutning av krigsskadade

De fastställda grundkriterierna för att kunna påbörja en behandling vid centret har nämnts i olika sammanhang: att ha varit utsatt för tortyr eller att en familjemedlem har varit det, att ha uppehållstillstånd och vara bosatt i Malmöhus län.

RCM utesluter från behandling de personer som inte erhållit uppehållstillstånd. Behandlingen förutsätter att de omedelbara sociala problemen har blivit lösta. Att initiera en behandling utan att flyktingen har fått klartecken från myndigheterna betraktas av RCM som meningslöst. Dessutom drabbas asylsökande av olika typer av psykosomatiska symptom orsakade av den osäkra situation de befinner sig i. Behandlingen kan knappast vara framgångsrik i denna situation.

Vidare finns det ett antal personer (8 personer) som har sökt behandling eller blivit remitterade, som har angett krigsupplevelser som orsak till behandlingen. RCM har konsekvent följt de fastställda kriterierna och avvisat dessa personer.

Att inte ta emot krigskadade kan ifrågasättas. Då det redan finns beredskap och erfarenheter av arbete med flyktingar som har utsatts för extrema situationer, skulle en utvidgning av grundkriterierna till att även omfatta krigskadade inte behöva bli speciellt resurskrävande.

Litteraturlista

- Amnesty International 1987: Iran: Violations of human rights. London, 1987
- Benedetti Mario (1979): Pedro y el capitán. México, 1979.
- Berg Sören (1988): Röda Korsets Center för Tortyrskadade flyktingar: Bilagor till utvärdering. Stockholm, 1988.
- Bernler G. & Bjerkman A. (1990): Den sociala biografien. Göteborg, 1990.
- DMB: Danish Medical bulletin. Vol. 37, Copenhagen, 1990
- Giertsen Hedda (1990) : Vårt möte med tortyren. Materialisten 4. Köpenhamn, 1990.
- Goffman Ervin (1961) : Asylums. London, 1961.
- Hjern Anders (1989): Tortyr: En kunskapsöversikt. SOS-rapport 89:40
- Kordon D., Edelman L., Lagos D.M. Bozzolo R.C. (1988): Psychological effects of political repression. Argentina, 1988.
- Lundberg Svante (1989): Flyktingskap. Lund, 1989.
- Lindbom-Jakobson M.: Några tankar efter ett års klinisk erfarenhet med torterade flyktingar. RKC, Stockholm
- Lindbom-Jakobson M.: Att arbeta med tolk i psykoterapi på psykoanalytisk grund. erfarenheter från RKC. RKC: Stockholm
- Oasis (1988): Rapport.
- Sato R. & O'Connor B. (1990): Flykting: individen, familjen och trauman. RCM, Malmö 1990.
- Svenska Iran Kommittén (1989): Iranska flyktingar i Sverige. Stockholm, 1989.
- Söderlind Sirkka (1988): Flyktingcenter: Psykiatri på annorlunda sätt. Linköping, 1988.
- Vesti P., Somnier F., Kastrup M.: Contemporary Approach to Psychotherapy as Practised at the RCT in Copenhagen. Psychotherapeutic Manual.
- Westin Charles (1989): Tortyr och existens. Stockholm, 1989.
- Westin C.: Organisation, konflikt och struktur: ett bidrag till utvärderingen av RK-center för tortyrskadade flyktingar. Stockholm, 1988.



Röda korset
Malmöhusdistriktet
REHABILITERINGSCENTER

PROJEKTBSKRIVNING AV
REHABILITERINGSCENTER FÖR
TORTERADE FLYKTINGAR I MALMÖ

Inledning

Svenska röda korsets vilja att göra en insats för torterade flyktingar är en naturlig följd av ett aktivt stöd till Internationella rödakorskommitténs fortlöpande arbete mot tortyr, en omfattande verksamhet bland flyktingar nationellt och internationellt och ett djupt engagemang i frågor som rör de mänskliga rättigheterna i enlighet med Röda korsets humanitära principer. Svenska röda korsets roll i samhället är också att peka på behoven och samtidigt visa hur man på ett konkret sätt kan åtgärda dem.

Bakgrund

I Förenta Nationernas deklaration om de mänskliga rättigheterna från december 1948 sägs det i artikel 4, "att ingen skall utsättas för tortyr eller grym omänsklig behandling eller förnedrande behandling eller straff". Brott mot denna FN-deklaration pågår dagligen runt om i världen. Enligt en rapport från Amnesty International förekommer tortyr för närvarande i ett 100-tal länder.

Tortyr kan definieras som ett systematiskt genomfört fysiskt och psykiskt våld mot personer som är fångade eller på annat sätt frihetsberövade. Tortyren syftar till att bryta ned personligheten och identiteten hos individen och skaffa fram information, men är också ett medel att utöva masspolitiskt förtryck.

Under de senaste åren har på flera håll i världen bl a Danmark, Canada och Belgien presenterats en rad fakta om effekterna av tortyr. Bland annat har följande slutsatser dragits:

- * Nästan alla de torterade lider av psykiska och fysiska men som skall ses i ett sammanhang.
- * De fysiska följderna är relaterade till den form av tortyr som man utsatts för och yttrar sig i en mängd olika fysiska symptom.
- * De psykiska symptomen är ofta en kombination av psykologisk/fysiologisk/fysisk natur.

De vanligaste symptomen är:

- * Huvudvärk, trötthet och sömnsvårigheter
- * Minnes- och koncentrationssvårigheter
- * Rastlöshet och irritation
- * Ängest, depression och sexuella störningar
- * Tendens att isolera sig socialt och emotionellt

Sverige har under de senaste åren tagit emot ca 5.000-6.000 flyktingar per år. Denna siffra har nu stigit till ca 12.000-14.000 per år. Många har utsatts för förföljelse, fängslats, misshandlats och torterats i sina hemländer. Tortyrskador kan vara en av grundorsakerna till de problem som en flykting möter under en omställning till ett normalt liv i ett nytt samhälle.

Studier och erfarenheter visar entydigt på att det är nödvändigt att en torterad människa och dennes familj får adekvat hjälp för att kunna leva ett normalt liv i framtiden.

Detta styrks från en rad olika håll, t ex av personal på flyktingförläggningar, invandrarbyråer, familjepedagoger, psykologer, frivilliga flyktingarbetare och inte minst sjukvårdspersonal.

Center för tortyrskadade flyktingar i Malmö

Avsikten är att starta ett center i Malmö för tortyrskadade flyktingar bosatta inom Malmöhus län.

Verksamheten syftar till

- att minska lidandet efter tortyr genom behandling av fysiska och psykiska skador,
- att stärka självkänslan och återge den tortyrskadade hennes värdighet,
- att ge den tortyrskadade flyktingen och dennes familj möjlighet att leva ett normalt liv både fysiskt, psykiskt och socialt.

Centrets arbete skall omfatta

medicinsk, psykisk och social rehabilitering för den tortyrskadade och medicinskt och psykosocialt stöd till familjen.

Projektets bakgrund

1985 kontaktades Röda korset av en svårt tortyrskadad flykting som fruktade att uppsöka sjukvården. Resultatet blev ett sammanträde och ett kontinuerligt samarbete med företrädarna för sjukvården i Malmö. Röda korsets Malmöhusdistrikt inbjöd i december 1986 och januari 1987 till en information och diskussion. Närvarande var politiker och tjänstemän för hälso- och sjukvården samt socialtjänsten i Malmö kommun och Malmöhus läns landsting. Representanter för Röda korsets center för tortyrskadade i Stockholm informerade om verksamheten och inbjöd till studiebesök.

Vid mötet i januari utsågs en arbetsgrupp bestående av representanter från flera olika verksamheter som framtagit ett förslag till personalbemanning och finansiering. Samarbetet med Röda korsets center i Stockholm har fortsatt under hela året.

För att ytterligare förstärka behovet av ett center för tortyrskadade i vårt län inbjöd Socialstyrelsen i februari 1987 till ett informationsmöte på Landstinget i Lund.

Arbetsgruppens förslag till center

I arbetsgruppen har följande deltagit:

Utreddingssekreterare Ola Ottosson
Bitr överläkare Kjell Hovgaard
Invandrarcurator Ilona Morvai

Sjukvården i Malmö

Sekreterare Viktor Mirfin

Malmöhus läns landsting

Kretsfröreståndare Gunnel Andersson

Socialförvaltningen i Malmö

Juan Angel Tapia

Invandrarförvaltningen i Malmö

Distriktssekreterare Hans Levinsson
Socialkonsulent Kerstin Möhl

Röda korsets Malmöhusdistrikt

Huvudmannaskap

Röda korsets Malmöhusdistrikt är huvudman för verksamheten.

Typ av verksamhet

Röda korsets center för tortyrskadade flyktingar skall drivas som en öppenvårdsverksamhet och rikta sig till flyktingar som erhållit uppehållstillstånd.

Verksamhetens omfattning

Mottagningskapaciteten per år beräknas till ca 40-50 flyktingar samt deras familjemedlemmar. Malmö kommun och Malmöhus läns landsting är jämbördiga upptagningsområden.

Verksamhetens grundsyn

Arbetet skall:

- präglas av en helhetssyn, dvs den fysiska, psykiska och sociala situationen skall samtidigt tas i beaktande
- se till hela familjens situation

Centrets lokaler

Karaktären av traditionell institution skall undvikas. En fyra-femrums-våning skall förhyras centralt i Malmö

Tidsplan

Verksamheten skall bedrivas som ett försök under 3 år.

Finansiering

En förutsättning för verksamheten är att finansiellt stöd utgår från sjukvårdshuvudmännen, kommunerna inom upptagningsområdena, statliga myndigheter, Röda korsets Centralstyrelse och Malmöhusdis trikt.

Särskilt yttrande

MALU-gruppen, som är en grupp sammansatt av politiker och tjänstemän ansvariga för hälso- och sjukvården i Malmö kommun och Malmöhus läns landsting, har tagit del av det preliminära förslaget från den arbetsgrupp som planerar ett rehabiliteringscenter för torterade flyktingar.

MALU-gruppen ser med tillfredsställelse på att planerna på denna mottagning närmar sig ett förverkligande.

Inför starten vill MALU-gruppen fästa de ansvarigas uppmärksamhet på att vissa frågor bör belysas ytterligare bl a gäller det:

- Behovet av särskild tandläkare
- Mottagningen kommer, under försöksperioden i synnerhet, att fungera som utbildnings- och erfarenhetskälla. Därför bör man redan vid starten klart kunna dokumentera sin målgrupp, sin behandlingsstrategi och sin resursåtgång. Dokumentationen skall vara kontinuerlig och tillgänglig för utvärdering, såväl ur medicinsk som social synvinkel.
- De erfarenheter som finns i Köpenhamn och Stockholm samt bl a i de vuxenpsykiatriska team som har sin mottagning på Gråbrödersg. i Lund bör tagas till vara. Tortyroffermottagningen utgör ett komplement i form av speciell kompetens när problemen är av sådan natur att den "normala" somatiska eller psykiatriska vården inte klarar att handha patienten på ett adekvat sätt.

MALU-gruppen önskar att få information angående organisation, placering och finansiering i samband med verksamhetens start. Dessutom emottas en återkoppling efter ca 1 års drift där bl a ovanstående punkter belyses.

Personalbehov

Nedanstående behov av personalresurser är ett minimum för att starta verksamheten.

<u>Personal</u>	<u>Tim/vecka</u>	<u>Årskostnad</u>
Läkare	10	110.000:- *
Psykologer	2 x 30	342.000:-
Sjukgymnaster	20	90.000:-
Tolkar	40	170.000:-
Sekreterare	40	150.000:-
Socialarbetare	40	190.000:-
Administratörer	40	<u>200.000:-</u>

1.252.000:-

Kostnader
(handledning, information,
marknadsföring, utbildning,
studiebesök)

200.000:-

Lokalkostnader

100.000:-

1.552.000:-

Resurs för eventuellt utökade
personalkostnader enligt upp-
komna behov

115.000:-

1.667.000:-

* Motsvarar distriktsläkare

Röda korsets Malmöhusdistrikt har för avsikt att starta verksamheten så snart finansieringen är klar.

Malmö den 24 juli 1987

STYRELSEN FÖR RÖDA KORSETS MALMÖHUSDISTRIKT


Inger Norrman
Distriktsordförande


Kerstin Möhl
Tf. distriktsssekreterare

Flyktingmottagande 4:1

ASYLSÖKANDE I SVERIGE EFTER MEDBORGARSKAP 1990. Definitiva siffror.

Medborgars- skap	jan	febr	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec	Summa	%
Etiopien	299	284	247	85	115	98	122	192	171	199	133	83	2 028	7
Irak	182	109	123	65	75	67	142	230	227	173	280	283	1 956	7
Iran	457	373	276	268	397	291	367	371	359	362	371	431	4 323	15
Jugoslavien	128	114	165	128	88	141	137	217	300	318	240	300	2 276	8
Libanon	550	487	524	187	204	173	219	278	305	284	208	150	3 569	12
Rumänien	49	108	208	558	815	164	209	218	130	109	107	46	2 721	9
Somalia	368	526	378	200	195	100	58	105	78	114	118	153	2 391	8
Sovjetunionen	84	75	88	42	58	78	68	81	35	49	37	46	741	3
Statslösa/okänt	291	249	219	159	122	126	120	165	133	187	164	171	2 106	7
Syrien	344	156	151	62	43	51	57	36	38	58	80	99	1 175	4
Tjeckoslovakien	41	58	69	65	93	62	49	33	10	13	2	9	504	2
Turkiet	224	95	85	70	46	53	74	64	86	46	99	97	1 039	4
Övriga länder	565	395	354	299	356	373	333	463	301	378	406	368	4 591	16
Totalt	3 582	3 029	2 867	2 188	2 607	1 777	1 953	2 453	2 173	2 290	2 245	2 238	28 420	100

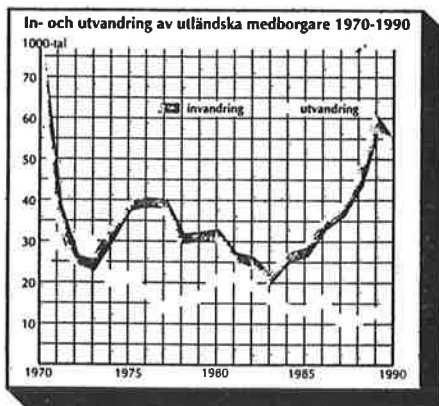
Jämförelsetal kalenderåret 1989

	jan	febr	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec	Totalt
Antal	1 475	1 028	1 186	1 170	1 240	1 597	1 895	2 936	3 940	4 166	4 530	5 172	30 335

Källa: Statens invandrarverk.

I denna folder riktas uppmärksamheten främst på in- och utvandringen av *utländska medborgare*.

In- och utvandring 1970–1990



In- och utvandring av utländska medborgare 1970-1990

År	Invandr.	Utvandr.	År	Invandr.	Utvandr.
1970	75 536	21 268	1980	34 446	20 774
1971	38 716	31 364	1981	27 404	20 799
1972	25 643	32 334	1982	25 142	19 916
1973	24 882	30 257	1983	22 291	17 386
1974	31 918	20 100	1984	26 060	14 610
1975	38 061	20 406	1985	27 889	14 014
1976	39 725	18 712	1986	34 042	15 350
1977	38 710	14 860	1987	37 116	11 629
1978	31 672	15 626	1988	44 470	11 847
1979	32 400	16 321	1989	58 888	13 142
			1990	53 332	16 245

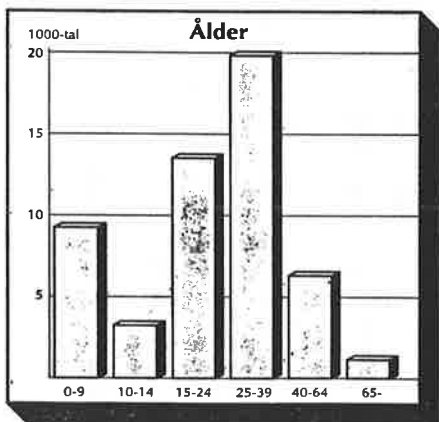
På 50- och 60-talet var det arbetskraftsinvandringen, som dominerade i Sverige liksom i andra industrialiserade länder i Centraleuropa. Drygt hälften av invandrarna till Sverige kom från Norden, de flesta från Finland, men många kom också från medelhavsländerna.

1967 infördes nya invandringsregler, som gjorde det svårare för utomnordiska invandrare att flytta till Sverige av arbetsmarknadsskäl. Varje ansökan om invandring prövades mot den svenska arbetsmarknadens behov av arbetskraft.

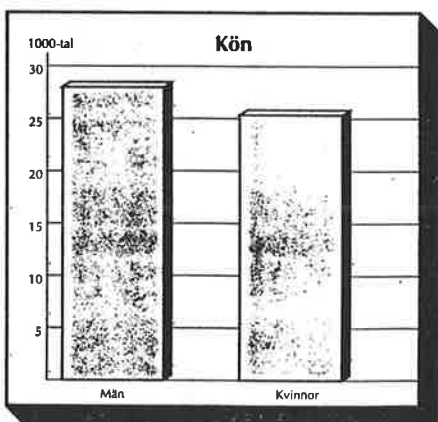
Det ledde till att den utomnordiska arbetskraftsinvandringen minskade för att praktiskt taget upphöra från mitten av 70-talet.

Men de nya reglerna påverkade inte invandringen från Norden, där vi har en gemensam och fri arbetsmarknad. Under några år, 1968-1970, kom över 100 000 nordbor till Sverige och bidrog till att vi då hade de högsta invandringstalen någonsin.

Invandring 1990 – efter ålder och kön



Bland de invandrare som bosatt sig i Sverige under 1990 finns det något fler män än kvinnor. De flesta tillhör de arbetsföra åldrarna 25-64 år (49 procent). Andelen barn upp till 14 år är 22



procent och andelen ungdomar upp till 25 år cirka 25 procent. Andelen invandrare över 65 år endast 2 procent.



**Flykting- och
humanitär
invandring
55%**

Flykting är den "som befinner sig utanför det land, i vilket han är medborgare, därför att han känner välgrundad fruktan för förföljelse på grund av sin ras, nationalitet, tillhörighet till en viss samhällsgrupp eller på grund av sin religiösa eller politiska uppfattning och som därför inte vill begagna sig av hemlandets skydd".

Flyktinginvandringen speglar krig och kriser i omvärlden

Flyktingdefinitionen ovan finns i Genèvekonventionen, som Sverige tillsammans med ett 100-tal andra FN-stater undertecknat. Den finns också i den svenska utlänningslagen, och det är med den som grund som varje asylansökan ska bedömas. En person, som enligt definitionen är flykting, har rätt till uppehålls-

tillstånd i det första land han kommer till och som har undertecknat konventionen.

De som är krigsvägrare eller de som inte vill återvända till sitt hemland på grund av de politiska förhållandena där kan få asyl i Sverige om de har ett särskilt stark skyddsbehov.

Flyktingar m fl (krigsvägrare och humanitära skäl). Personer som har fått uppehållstillstånd i Sverige under perioden 1950 - 1989.

Medborgarskapsland	1950-67	1968-77	1978-89	Summa
Bulgarien	—	—	414	414
Jugoslavien	6 296	677	544	7 517
Polen	371	4 700	5 705	10 776
Rumänien	—	—	3 363	3 363
Tjeckoslovakien	327	3 100	1 038	4 465
Ungern	8 237	4 663	2 119	15 019
Övriga östeuropa	1 227	512	426	2 165
Grekland	26	5 039	79	5 144
Irak	—	—	6 144	6 144
Iran	—	—	20 226	20 226
Syrien	—	—	1 148	1 148
Libanon	202	1 189	2 754	4 145
Turkiet	—	4 700	2 780	7 480
Kampuchea	—	—	201	201
Vietnam	—	—	5 038	5 038
Etiopien	—	—	5 299	5 299
Somalia	—	—	518	518
Uganda	—	634	349	983
Argentina	—	—	1 421	1 421
Bolivia	—	—	1 017	1 017
Chile	—	6 500	11 252	17 752
Uruguay	—	—	1 559	1 559
Övriga Latinamerika	—	—	1 585	1 585
Övriga länder	7 246	6 168	7 814	21 228
Totalt (vuxna)	ca 24 000	ca 38 000	82 793	144 607
Totalt (vuxna + barn)			114 000*	176 000*

* = inklusive uppskattat antal barn

Källa: Uppgifterna för åren 1950-77 är hämtade från SOU 1982:49; "Invandrarpolitiken".

Uppgifterna fr o m 1978 är invandrarverkets registerdata om beviljade uppehållstillstånd till asylsökande.

* Antalet flyktingar m fl är en uppskattning p g a att en exakt registrering av antalet barn skedde först fr o m 1986.

Flyktingmottagande 4:1

ASYLSÖKANDE I SVERIGE EFTER MEDBORGARSKAP 1990. Definitiva siffror.

Medborgar- skap	jan	febr	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec	Summa	%
Etiopien	299	284	247	85	115	98	122	192	171	199	133	83	2 028	7
Irak	182	109	123	65	75	67	142	230	227	173	280	283	1 956	7
Iran	457	373	276	268	397	291	367	371	359	362	371	431	4 323	15
Jugoslavien	128	114	165	128	88	141	137	217	300	318	240	300	2 276	8
Libanon	550	487	524	187	204	173	219	278	305	284	208	150	3 569	12
Rumänien	49	108	208	558	815	164	209	218	130	109	107	48	2 721	9
Somalia	368	526	378	200	195	100	56	105	78	114	118	153	2 391	8
Sovjetunionen	84	75	88	42	58	78	68	81	35	49	37	46	741	3
Statslösa/okänt	291	249	219	159	122	126	120	165	133	187	164	171	2 106	7
Syrien	344	156	151	62	43	51	57	36	38	58	80	99	1 175	4
Tjeckoslovakien	41	58	69	65	93	62	49	33	10	13	2	9	504	2
Turkiet	224	95	85	70	46	53	74	64	86	46	99	97	1 039	4
Övriga länder	565	395	354	299	356	373	333	463	301	378	406	368	4 591	16
Totalt	3 582	3 029	2 887	2 188	2 607	1 777	1 953	2 453	2 173	2 290	2 245	2 236	28 420	100

Jämförelsetal kalenderåret 1989

	jan	febr	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec	Totalt
Antal	1 475	1 028	1 186	1 170	1 240	1 597	1 895	2 936	3 940	4 166	4 530	5 172	30 335

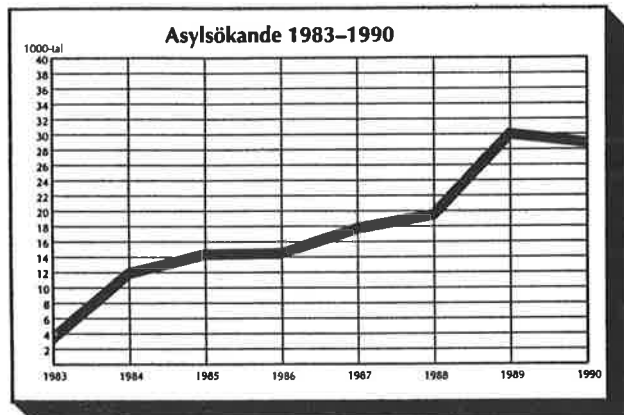
Källa: Statens invandrarverk.

Sedan 1985 är statens invandrarverk huvudman för flyktmottagandet i Sverige.

Huvuddelen av de asylsökande tas först emot på en utredningssluss, där ärendet utreds, och därefter anvisas den asylsökande bostad i en kommun eller plats på en förläggning i väntan på bostad.

Kvotflyktingar, som har sina uppehållstillstånd klara redan vid ankomsten till Sverige, tas först emot på en förläggning och anvisas därefter bostad i en kommun.

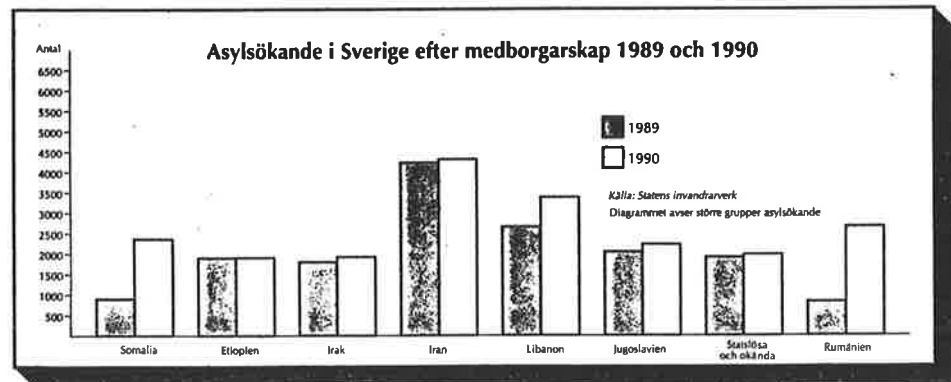
Invandrarverket skriver avtal med kommunerna om mottagandet av ett visst antal flyktingar. Kommunen åtar sig därmed att ge flyktingarna bostad, undervisning i svenska, samhällskunskap mm. Kommunerna får ersättning för de extra kostnader som uppkommer vid flyktmottagandet. År 1990 hade 278 kommuner avtal med invandrarverket. Dessa kommuner tog emot cirka 22 200 flyktingar, vilket är 1 100 fler än under 1989.



I början av 1980-talet var antalet asylsökande relativt lågt, cirka 3 000-4 000 personer per år. Under 1984 skedde en kraftig ökning. Cirka 12 000 personer kom då till Sverige och ansökte om asyl. Ökningen fortsatte fram till 1989, då antalet asylsökande var cirka 30 300.

Under 1990 minskade antalet asylsökande till cirka 29 400. De största grupperna under det senaste året var iranier, libaneser, rumäner, somalier, jugoslaver, statslösa/okänt medborgarskap, etiopier och irakier.

Källa: Statens invandrarverk



Den 1 juli 1989 trädde en ny utlänningslag i kraft. Polisen får inte längre fatta beslut om avvisning av asylsökande. Invandrarverket beslutar i alla asylärenden. Under 1988 avvisade polisen cirka 15 procent av alla asylsökande vid gränsen, under 1989 cirka 10 procent. Andelen avvisning med omedelbar verkställighet var under 1990 15 procent.

De flesta asylsökande kommer till invandrarverkets anläggningar. Vid årsskiftet fanns cirka 30 400 personer inskrivna på verkets anläggningar; 6 000 på utredningsslussar och 24 400 på förläggningar. Av dessa hade 2 300 uppehållstillstånd och de flesta visste redan till vilken kommun de skulle flytta. Ett litet antal asylsökande - cirka 5 procent - reste

direkt till en kommun, där de hade nära anhöriga eller vänner.

Med flyktingar avses i denna folder utlänningslag, som har fått uppehållstillstånd enligt 3 kap 1 § p 1-3 eller 2 kap 4 § p 2 i utlänningslagen.

Med asylsökande avses de utlänningslag, som har sökt asyl och som fortfarande väntar på eventuellt uppehållstillstånd.



Röda korset
Malmöhusdistriktet
REHABILITERINGSCENTER

Du som arbetar inom tandvården

TÄNK PÅ ATT

- * > 25 % av våra flyktingar har varit fängslade och utsatta för tortyr
- * Försök att ge noggrann information
- * Undvik väntetider
- * Undvik elektrisk sensibilitetstest
- * Undvik ultraljudsapparat
- * Kontrollera ocklusionen, felläkta käk- och tandfrakturer vanligt
- * Var generös med bedövning
- * Aggressivitet kan bero på rädsla och osäkerhet
- * Positivt bemötande inom vården betyder mycket för dessa patienter

Röda Korsets Rehabiliteringscenter i Malmö behandlar tortyr-skadade flyktingar och deras familjer. Centret tar emot patienter som har uppehållstillstånd och är bosatta i Malmö eller Malmöhus läns landsting, antingen genom remiss eller genom självansökan. Läkare, psykologer, kuratorer och sjukgymnaster erbjuder patienterna hjälp med tonvikt på psykisk social rehabilitering. Tillgång till medicinsk expertis och tandläkare erbjuds också liksom specialutbildade tolkar.

Besöksadress: Holmgatan 4, 211 45 MALMÖ. Postadress: Box 170 24, 200 10 MALMÖ.
Telefon: 040 - 723 05, Postgiro: 53 11 30 - 3



Röda korset
Malmöhusdistriktet
REHABILITERINGSCENTER

Du som arbetar inom sjukvården!

TÄNK PÅ ATT.....

- * >25% av våra flyktingar har varit längslade och utsatta för tortyr.
- * Försök att ge noggrann information.
- * Använd tolk om det behövs.
- * Undvik väntetider.
- * Undvik onödig avklädning.
- * Många rutinnmässiga undersökningar kan vara ångestskapande, ex EKG, Gyn-us, rektoskopi etc.
- * Aggressivitet kan bero på rädsla och osäkerhet.
- * Den torterade flyktingen är ofta en mycket känslig patient.
- * Existensvaron upplevs ofta som ett nytt trauma. Positivt bemötande inom sjukvården betyder mycket för att motverka detta.

Röda Korsets Rehabiliteringscenter i Malmö behandlar tortyrskadade flyktingar och deras familjer. Vi tar emot patienter som har uppehållstillstånd och är bosatta i Malmö och Malmöhus läns landsting antingen via remiss eller genom självansökan. Läkare, psykologer, kurator och sjukgymnast erbjuder patienterna hjälp med tonvikt på psykosocial rehabilitering. Vi kan också kontaktas för telefonhandledning. Vi informerar gärna om vårt arbete och tar emot studiebesök.

Hör gärna av er till oss!

I serien **MEDELANDEN FRÅN SOCIALHÖGSKOLAN** har tidigare utkommit:

- 1981:1 **FOSTERBARNSVÅRD OCH EKONOMI** av Peter Westlund
- 1981:2 **EN ALKOHOLENKÄT - OCH VAD SEN DÅ?** En modell för alkoholundervisning i en sjätte klass av Inger Farm och Peter Andersson
- 1981:3 **PSYKOLOGIN I SOCIALT ARBETE: EN PEDAGOGISK DISKUSSION** av Eric Olsson och Christer Lindgren
- 1982:1 **VAD BÖR EN KURATOR KUNNA?** av Karin Stenberg och Britta Stråhlén
- 1982:2 **LVM BAKGRUND OCH KONSEKVENSER** av Peter Ludwig och Peter Westlund
- 1982:3 **INSYN - ETT FÖRSÖK TILL INSYN I ARBETSMILJÖN PÅ EN SOCIALFÖRVALTNING.** En intervjuundersökning av Pia Bivered, Kjell Hansson, Margot Knutsson och P-O Nordin
- 1983:1 **AVGIFTER PÅ SOCIALA TJÄNSTER - principer och problematik** av Per Gunnar Edebalk och Jan Petersson
- 1983:2 **EN INDELNING AV RÄTTEN - hjälpmedel vid inläsning av juridiska översiktskurser** av Lars Pelin
- 1983:3 **OM SOCIALA OMRÅDESBESKRIVNINGAR** av Verner Denvall, Tapio Salonen och Claes Zachrisson
- 1983:4 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del I Förhållandena 1977** av Åke Elmér
- 1983:5 **PSYKOLOGISKA FÖRKLARINGSMODELLER I SOCIALT ARBETE** av Alf Ronnby
- 1983:6 **FACKFÖRBUNDENS SJUKKASSEMBILDANDE. EN STUDIE I FACKLIG SJÄLVHJÄLP 1886-1910** av Per Gunnar Edebalk
- 1984:1 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del II Utvecklingen 1945-1977** av Åke Elmér
- 1984:2 **FRÅGETEKNIK FÖR KVALITATIVA INTERVJUER - En sammanställning** av Hans-Edvard Roos
- 1984:3 **AKTIONSFORSKNING SOM FORSKNINGSSTRATEGI** av Kjell Hansson
- 1984:4 **FÖRÄNDRINGSPROCESSER INOM GRUPPER OCH ORGANISATIONER I PSYKOLOGISK OCH SOCIALPSYKOLOGISK BELYSNING** av Eric Olsson (SLUT)
- 1984:5 **ROLLSPEL - TILLÄMPNING OCH ANALYS** av Kjell Hansson
- 1985:1 **IDROTT OCH PSYKOSOCIALT ARBETE** av Kjell Hansson
- 1986:1 **ARBETSRAPPORT. Att arbeta på barn- och ungdomsinstitution - en pilotstudie** av Leif Roland Jönsson
- 1986:2 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977 (1983). Del III Utvecklingen inom oförändrade grupper** av Åke Elmér

- 1986:3 UNGDOMAR, SEXUALITET OCH SOCIALT BEHANDLINGSARBETE PÅ INSTITUTION - Intervjuundersökning bland personalen på tre hem för vård eller boende i Skåne av Maud Gunnarsson och Sven-Axel Månsson
- 1987:1 FATTIGVÅRDEN INOM LUNDS STAD - den öppna fattigvården perioden 1800-1960 av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:2 FORSKNINGSETIK OCH PERSPEKTIVVAL av Rosmari Eliasson (SLUT)
- 1987:3 40 ÅRS SOCIONOMUTBILDNING I LUND av Åke Elmér
- 1987:4 VÄLFÄRD PÅ GLID - RESERAPPORT FRÅN ENGLAND av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:5 ATT STUDERA ARBETSPROCESSEN INOM SOCIALT BEHANDLINGSARBETE av Leif Roland Jönsson
- 1987:6 SOCIALTJÄNSTLAGEN OCH UNGA LAGÖVERTRÄDARE av Anders Öström
- 1987:7 FORSKAREN I FÖRÄNDRINGSPROCESSEN av Eric Olsson
- 1988:1 EN UPPFÖLJNING AV BARN SOM SKILTS FRÅN SINA FÖRÄLDRA av Gunvor Andersson
- 1988:2 THE MAN IN SEXUAL COMMERCE av Sven-Axel Månsson
- 1988:3 FRÅN MOTSTÅND TILL GENOMBROT. DEN SVENSKA ARBETSLÖSHETSFÖRSÄKRINGEN 1935-54 av Per Gunnar Edebalk
- 1988:4 MALMÖ - i kulmen av fattigdomscykeln av Tapio Salonen
- 1988:5 PROJEKT ÖSTRA SOCIALBYRÅ - en processbeskrivning av ett förändringsarbete med förhinder av Anna Meeuwisse
- 1988:6 UTDELNINGEN AV SPRUTOR TILL NARKOMANER I MALMÖ OCH LUND av Bengt Svensson
- 1988:7 HEMTJÄNSTEN PÅ 2000-TALET red av Peter Andersson
- 1989:1 FATTIGLIV av Gerry Nilsson
- 1989:2 MAKTHET OCH MOTSTÅND - aspekter på behandlingsarbetets psykosociala miljö av Leif R Jönsson
- 1989:3 FOSTERHEMSFÖRVALTNINGEN av Bo Vinnerljung
- 1989:4 GUSTAV MÖLLER OCH SJUKFÖRSÄKRINGEN av Per Gunnar Edebalk
- 1990:1 DET ÄR RÄTT ATT FRÅGA VARFÖR - undersökningar om socialt arbete red av Verner Denvall
- 1990:2 SCENFÖRÄNDRING - FORSA-symposiet Helsingborg/Gilleleje
- 1990:3 KULTURMÖTEN INOM SOCIALTJÄNSTEN - erfarenheter och reflektioner red av Immanuel Steen
- 1990:4 HEMMABOENDEIDEOLOGINS GENOMBROT - äldreomsorg och socialpolitik 1945-1965 av Per Gunnar Edebalk

- 1991:1 **PROJEKTTILLVARO** - en processanalys av ett socialbyråprojekt
av Anna Meeuwisse
- 1991:2 **ORGANISATIONENS PÅVERKAN PÅ SJUKFRÅNVARON** - hur en forskningsprocess
och en personlig utvecklingsprocess kan integreras med hjälp av
handledning av Katrin Tjörvason
- 1991:3 **SEXUALITET OCH SOCIALT ARBETE PÅ INSTITUTION** av Åsa André
- 1991:4 **MIND THE GAP** - en reseberättelse från England 1-8 april 1990 av
Mats Dahlberg, Jan Lanzow Nilsson, Margot Olsson och Claes Norinder
(red)
- 1991:5 **DRÖMMEN OM ÄLDERDOMSHEMMET** - Äldringsvård och socialpolitik 1900-1952
av Per Gunnar Edebalk
- 1992:1 **POLICY, INTEREST AND POWER. Studies in Strategies of Research
Utilization** av Kjell Nilsson
- 1992:2 **STÖD och AVLASTNING. Om insatsen kontaktperson/-familj**
av Gunvor Andersson

Exemplar kan rekvireras från socialhögskolans expedition, adress
Socialhögskolan, Box 23, 221 00 LUND



LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Box 23
221 00 Lund
046-10 70 00